

MITTEILUNGSBLATT DES
VEREINS ZUR FÖRDERUNG
DER REHABILITATIONS-
FORSCHUNG IN HAMBURG,
MECKLENBURG-
VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.

vffr - news

Themenschwerpunkt
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Ausgabe Nr. 15



INHALTSVERZEICHNIS

Neues aus dem vffr	4
Genehmigte vffr -Projekte 2014.....	4
Beiträge zum Themenschwerpunkt	11
Analyse des Rückgangs der Reha-Anträge bei Kindern und Jugendlichen.....	11
20 Jahre Forschung in der Kinder- und Jugendrehabilitation.....	13
Förderung der Gesundheitsversorgungs-Kompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Transition von pädiatrischen zu Erwachsenenversorgungssystemen.....	16
Kongressbericht	20
Literaturhinweise	24
Veranstaltungshinweise	26

IMPRESSUM

Herausgeber:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.

Bearbeitung:

Angela Buchholz, Ivo Engert, Catherine Maschler Ines Buchholz, Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller; Covergestaltung:
Angela Buchholz, Catherine Maschler; Quellennachweis: S. Hofschläger/pixelio.de

Erscheinungshinweise:

Die *vffr-news*, das Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg - Vorpommern und Schleswig-Holstein, erscheint in der Regel zweimal jährlich. Die nächste Ausgabe der *vffr-news* erscheint voraussichtlich im Juni 2015. Bisher erschienene Ausgaben können jeweils kostenlos über die *vffr*-Homepage (www.reha-vffr.de) bezogen werden. Ein Literaturverzeichnis dieser Ausgabe kann über die Redaktion angefordert werden.

Hinweis zum Sprachgebrauch:

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir im gesamten Newsletter das sog. generische Maskulinum.

Redaktion:

Dr. Angela Buchholz

ISBN: 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN: 1866-5691 (Internetausgabe)



Liebe Leserinnen und Leser,

langsam hält die Kälte Einzug und die Vorweihnachtszeit neigt sich beinahe schon dem Ende zu. Wir freuen uns, Ihnen die 15. Ausgabe unserer *vffr-news* als Lektüre mit in den wohlverdienten Weihnachtsurlaub geben zu können. Das Häschen auf unserem Coverbild soll Sie nicht zu Überlegungen bezüglich fehlender Weihnachtsgeschenke animieren, sondern auf den Themenschwerpunkt unserer aktuellen *news*-Ausgabe hinweisen: Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Denkt man an Rehabilitation, hat man diese Gruppe vielleicht nicht unmittelbar vor Augen – die Anzahl an Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche ist im Vergleich zu Leistungen für Erwachsene doch vergleichsweise gering. Dennoch hat die Rehabilitation gerade für Kinder und Jugendliche häufig eine sehr große Bedeutung: Kinder und Jugendliche sowie auch deren Eltern, die schon in so frühem Alter zum Teil schweren und lebensbedrohlichen chronischen Erkrankungen ausgesetzt sind, bedürfen einer gut aufgestellten und auch gut vernetzten medizinischen Versorgung. Dabei hat auch die Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Gelingt die Vermittlung eines positiven und aktiven Umgangs mit der Erkrankung und deren Folgen, können so langfristige negative Krankheitsfolgen und Teilhabe einschränkungen im besten Falle abgewendet oder zumindest abgeschwächt werden.

Nachdem wir Ihnen im ersten Teil der *news* einen Überblick über die Aktivitäten des *vffr* und die vom *vffr* im Jahr 2014 bewilligten Forschungsprojekte geben, beschäftigt sich der erste Beitrag zum Themenschwerpunkt mit der Frage, welche Gründe für einen Rückgang an Reha-Anträgen im Bereich der Kinder- und Jugendreha verantwortlich sein können. Frau Dr. Glaser-Möller stellt hierzu in ihrem Beitrag zunächst die Entwicklung der beantragten Leistungen innerhalb der letzten 20 Jahre dar: Nach einem Aufwärtstrend ist seit 2007 ein stetiger Rückgang zu beobachten. Nach der Diskussion möglicher Gründe erläutert Frau Glaser-Möller die Handlungsvorschläge der DRV und skizziert ein Forschungsprojekt, welches zu diesem Thema aktuell mit Förderung der DRV Nord unter der Leitung von Frau Professor Thyen durchgeführt wird.

Herr Dr. Stachow und Kollegen geben im zweiten Beitrag einen Einblick in die umfangreiche For-

schungstätigkeit, die sie in Kooperation mit verschiedenen wissenschaftlichen und klinischen Kooperationspartnern in den letzten 20 Jahren zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durchgeführt haben, einige auch mit Förderung durch den *vffr*. Genauer beleuchtet werden drei Projekte: Im Projekt AKASH wurde die Wirksamkeit von Akupunktur in der Behandlung von Asthma bronchiale systematisch untersucht. Im zweiten Projekt beschreibt Herr Stachow die Entwicklung und Evaluation eines spezifischen, interdisziplinären und ressourcenorientierten Konzepts für die stationäre Reha chronisch kranker Jugendlicher. Das dritte Projekt beschäftigt sich mit der Verbesserung der Nachsorge: Geprüft wurde hier ein telefonisches Nachsorgekonzept, welches die Nachhaltigkeit der Rehabilitationserfolge von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas verbessern soll.

Frau Professor Thyen beleuchtet im dritten Beitrag gemeinsam mit ihren Koautorinnen die Transition von pädiatrischen zu Erwachsenenversorgungssystemen. In der Versorgung chronisch kranker Jugendlicher hat dieser Wechsel von der pädiatrischen zur Erwachsenenversorgung eine große Bedeutung. Gelingt er, können den jungen Erwachsenen Gesundheitskompetenz und ein verantwortlicher Umgang mit ihrer Erkrankung vermittelt werden. Gelingt er nicht, kann man dies häufig an einer geringeren Inanspruchnahme ablesen. Frau Thyen beschreibt ein Forschungsprojekt, in dem sie ein Schulungskonzept zur Steigerung der Gesundheitskompetenz für diese spezielle Zielgruppe entwickelt und evaluiert hat.

Die Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Greifswald hat in diesem Jahr den gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaften für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie unter dem Motto »Kontexte« ausgerichtet. Im Tagungsbericht von Frau Plötzl und Herrn Professor Hannich können Sie sich über den Verlauf dieses Kongresses informieren. Abschließend finden Sie wie gewohnt aktuelle Publikationen mit Reha-Bezug aus dem norddeutschen Raum sowie Veranstaltungshinweise für das kommende Halbjahr. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und eine geruhsame und besinnliche Weihnachtszeit.

Dr. Angela Buchholz
für die Redaktion



Neues aus dem vffr

Im ersten Abschnitt der *news* berichten wir Ihnen Neuigkeiten aus dem vffr. Wir freuen uns berichten zu können, dass Professor Dr. Matthias Bethge am 1. Juni 2014 seinen Ruf auf die Stiftungsprofessur »Rehabilitation und Arbeit« am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck angenommen hat, um die rehabilitationswissenschaftliche Forschung im norddeutschen Raum weiter zu stärken.

Die Sitzungstermine für das kommende Jahr 2015 stehen bereits fest. Vorstandssitzungen sind geplant am **3. März**, am **17. Juni** sowie am **10. November 2015**. Die Mitglie-

dersammlung des vffr findet wie gewohnt im Zusammenhang mit der ersten Vorstandssitzung am **3. März** um **16:00 Uhr** statt.

Im Jahr 2014 wurde insgesamt für sechs Forschungsprojekte aus unterschiedlichen Indikationsbereichen eine Förderung durch den vffr bewilligt. Zwei der Projekte beziehen sich auf das Thema Menschen mit Migrationshintergrund. Dieses Thema wurde im Jahr 2013 durch den vffr als prioritäres Förderthema für das Jahr 2013 ausgewählt. Eine Kurzbeschreibung der Projekte ist im folgenden Abschnitt der *news* dargestellt.

Genehmigte vffr-Projekte 2014

»Kultursensibel – aber wie!« – Entwicklung von Qualitätsstandards in der interkulturellen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen

PROJEKTLÉITUNG	Professor Dr. Holger Schulz, Dr. phil. Dipl.-Psych. Mike Mösko
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
PROJEKT-NR.	154
DAUER	24 Monate
KOOPERATIONEN	Hamburger Hausärzte, Reha-Kliniken Norddeutschlands, eine Reha-Klinik aus Nordrhein-Westfalen

HINTERGRUND In Deutschland weisen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 19,3 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund auf, in Ballungsgebieten liegt dieser Anteil bei den unter 18-jährigen schon über 45 %. Aktuelle Studien weisen auf eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen dieses Personenkreises hin.

Menschen mit Migrationshintergrund zeigen trotz eines zum Teil sehr hohen Behandlungsbedarfs eine niedrigere Inanspruchnahme von stationären psychosomatischen Rehabilitationsleistungen und einen geringeren Behandlungserfolg als Patienten ohne Migrationshintergrund. Um die damit verbundenen Barrieren und Ressourcen besser zu verstehen und daraus entsprechende Maßnahmen für diese Patienten ableiten zu können, sollen über dieses Projekt die dafür wichtigsten Aspekte eruiert und konzeptualisiert werden. Folgende Schritte sind hierzu konkretisiert worden: (1) Einrichtungsevaluation zum Stand der interkulturellen Öffnung in der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen anhand von vier Kliniken in Norddeutschland, (2) Befragung von Nicht-Nutzern der psychosomatischen Rehabilitation mit Migra-

tionshintergrund in Form einer Fokusgruppe, deren Teilnehmer über hausärztliche Praxen rekrutiert werden, sowie. (3) Befragung von Patienten und Behandlern im Hinblick auf Barrieren und Ressourcen einer interkulturell angemessen Behandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Die drei Hauptfragestellungen des Projekts lauten:

1. Wie ist der Stand der interkulturellen Öffnung in der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen in Norddeutschland?
2. Welches sind die Barrieren und Ressourcen aus Sicht der Nicht-Nutzer bei der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsleistungen von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen in Norddeutschland?
3. Welche Ressourcen und Barrieren bestehen auf Seiten der Patienten mit Migrationshintergrund und der Behandler bezüglich einer interkulturell angemessen Versorgung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation?

ZIELSETZUNG

Die Studie besteht aus drei querschnittlichen Untersuchungsteilen; einer Klinikbefragung, einer Mitarbeiterbefragung und Fokusgruppen. Diese werden im folgenden beschrieben.

METHODIK

- *Klinikbefragung:* Ein bestehendes Instrumentarium wird für diese Befragung auf den Erhebungskontext der stationären psychosomatischen Rehabilitation adaptiert. Das Instrumentarium erhebt unterschiedliche Aspekte der Struktur und Prozessqualität zu den Bereichen Krankenhausmanagement, Versorgung und Diagnostik, Informations- und Kommunikationsverhalten, Unterbringung, Verpflegung und religiöse Aspekte beim Aufenthalt, Patienten und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, etc. Zur Prüfung der Praktikabilität erfolgt im Anschluss eine Usability-Prüfung.
- *Patienten- und Mitarbeiterbefragung per Interview:* Für die Durchführung der Patienten- und Mitarbeiterinterviews werden semi-strukturierte Interviewleitfäden zu Beginn des Projekts entwickelt. Neben einem ergänzenden Expertenfeedback wird in einer Usability-Studie die Praktikabilität des Instruments geprüft.
- *Acht Fokusgruppen mit Patienten:* Jede Fokusgruppe dauert etwa zwei Stunden. Die Moderation ist semi-strukturiert. Der Leitfaden für die Fokusgruppe orientiert sich an vorangegangenen Fokusgruppen und wird im Vorfeld adaptiert.

Erkennen und Verringern der möglichen Barrieren und entsprechend optimiertes Ausschöpfen der Ressourcen von Behandlungsmöglichkeiten in der psychosomatischen Rehabilitation, besonders hinsichtlich migrationssensitiver sowie geschlechts- und altersspezifischer Aspekte.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Das Projekt liefert Daten, die den Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosomatischen Rehabilitation in Norddeutschland erfassen und mithilfe der Problem- und Ressourcenanalyse Anstöße für weitere Optimierungen geben können.

Pilotprojekt: Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen, schweren Hauterkrankungen

Dr. med. Rainer Stachow

Fachklinik Sylt e.V.

188

Selbsthilfegruppe I.E.V.-DEBRA, EB Netzwerk e.V. Deutschland, Universitätshautklinik Freiburg, Universitätshautklinik Münster und Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift sowie dem EB Zentrum des Landeskrankenhauses Salzburg

PROJEKTLEITUNG

EINRICHTUNG

PROJEKT-NR.

KOOPERATIONEN

- HINTERGRUND** Es gibt einige seltene angeborene chronische Hauterkrankungen (insbesondere Epidermolysis bullosa (EB) und congenitale Ichthyosen, die die Entwicklung, Lebensqualität und Teilhabe der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Familien erheblich beeinträchtigen (Tabolli, 2009). Diesen Erkrankungen, von denen nur wenige Tausend in Deutschland betroffen sind, ist gemeinsam, dass ein gutes Krankheitsmanagement den Verlauf der Krankheit und damit auch die Prognose für spätere Teilhabemöglichkeiten bzw. Einschränkungen insbesondere auch der Erwerbsfähigkeit erheblich beeinflussen kann (Küster, 2006). Für diese beiden Erkrankungen gibt es derzeit noch keine anerkannten Rehakonzepte oder -angebote.
- ZIELSETZUNG** Evaluation von Bedarf und Bedürfnissen zur Entwicklung eines adäquaten Rehabilitationskonzepts für seltene schwere Hauterkrankungen, z.B. für die Diagnosen Epidermolysis bullosa und congenitale Ichthyosen.
- METHODIK** Im ersten Schritt sollen zunächst Reha-Anforderungen und -erwartungen unterschiedlicher Interessen- bzw. Expertengruppen im Rahmen von Fokusgruppen erfragt werden. Die Reha-bedürfnisse betroffener Familien sollen anschließend durch eine schriftliche quantitative Befragung erfasst werden. Nach einer ersten Konzeptverschriftung folgt eine konsensuale Abstimmung und Adaptation des Konzepts. Nach Implementierung des Konzepts wird dieses auf Machbarkeit geprüft. Die Befragung der ersten Patienten soll Hinweise über Patienten-zufriedenheit und kurzfristige Ergebnisse liefern.
- RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS** In den letzten Jahren wurden Reha-Maßnahmen für Kinder- und Jugendliche mit Ichthyosen und Epidermolysis bullosa vermehrt nachgefragt und seitens verschiedenster Institutionen (der Selbsthilfegruppe I.E.V.-DEBRA, des EB Netzwerks e.V. Deutschland, von den Zentren der Universitätshautklinik Freiburg, Universitätshautklinik Münster und Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift sowie dem EB Zentrum des Landeskrankenhauses Salzburg) ein Bedarf für solche Rehamaßnahmen mit großer Dringlichkeit gesehen. Das Projekt ermöglicht die Förderung der Realisation von Teilhabemöglichkeiten und evtl. möglicher Erwerbsfähigkeit durch geeignete Schulungen und Reha-Maßnahmen.

Versorgungserwartungen und -wünsche von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation

- PROJEKTLÉITUNG** Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska, PD Dr. Ruth Deck
- EINRICHTUNG** Universität Bielefeld, Abteilung Epidemiologie & International Public Health
Universität Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
- PROJEKT-NR.** 189
- DAUER** 24 Monate
- KOOPERATIONEN** NRW: MEDIAN-Kliniken, Bad Salzuflen/Bad Oeynhausen; Salzetalklinik Bad Salzuflen.
S.-H.: Asklepios Klinik am Kurpark, Bad Schwartau; Reha-Klinik Damp; Klinikum Bad Bramstedt.
Das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald, Prof. Kohlmann (inhaltliche und methodische Expertise)
- HINTERGRUND** Studien aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen haben aufgezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Versorgung zahlreichen Barrieren begegnen, die die Inanspruchnahme und Wirksamkeit ihrer Versorgung nachteilig beeinflussen können (z.B. Bermejo et al. 2012; Bermejo et al. 2009). Diese Barrieren gehen über den Einfluss soziodemographischer und gesundheitlicher Faktoren hinaus. Auch Unterschiede in der Inanspruchnahme und dem

Ergebnis der medizinischen Rehabilitation zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund sind nicht allein durch eben genannte Faktoren zu erklären (Brzoska et al. 2010b; Brzoska & Razum 2012; Brause et al. 2012).

In Deutschland besitzt fast ein Fünftel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2012). Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in gesundheitlicher Hinsicht von Menschen ohne Migrationshintergrund. So leiden insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufiger an bestimmten chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus als Menschen ohne Migrationshintergrund gleichen Alters (Razum et al. 2008). Verfügbare Daten für die Teilgruppe der ausländischen Staatsangehörigen zeigen außerdem, dass diese Bevölkerungsgruppe häufiger von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung betroffen ist (Brzoska et al. 2013). Tertiärpräventiven Angeboten wie der medizinischen Rehabilitation kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da sie dazu beitragen können, durch Krankheit eingeschränkte körperliche und psychische Funktionen wiederherzustellen oder die Verschlimmerung bereits eingetretener Erkrankungen zu verhindern. Dadurch leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Sicherung gesellschaftlicher Teilhabechancen.

Ziel ist es zum einen, Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation zu ermitteln. Zum anderen werden bestehende Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund sowie hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erfasst.

ZIELSETZUNG

Die Fragestellung des beantragten Projekts wird mittels vier Forschungszugängen (A bis D) mit Triangulationsdesign bearbeitet, in denen jeweils qualitative oder quantitative Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen. Beim quantitativen Studienabschnitt handelt es sich um eine postalische Befragung von Rehabilitationseinrichtungen per standardisiertem Fragebogen und Dokumentenanalyse von Internetmaterialien (C). Neben diesem quantitativen Studienteil gibt es qualitative Studienabschnitte mit offenen leitfadengestützten Interviews/Fokusgruppen mit unterschiedlichen Personen: qualitative Querschnitt-Einzelinterviews mit Experten d.h. Ärzten (A), qualitative Längsschnitt-Einzelinterviews mit Rehabilitanden (B), sowie Fokusgruppeninterviews mit Personal in Rehabilitationseinrichtungen (D).

METHODIK

Aus den Ergebnissen lassen sich Handlungsempfehlungen darüber aussprechen, wie migrationssensible Versorgungsstrategien in Einrichtungen der Rehabilitation implementiert werden können. Das Projekt leistet dadurch einen wichtigen Beitrag zu einer nutzerorientierteren und zielgruppensensibleren rehabilitativen Versorgung sowie zur Sicherung gesellschaftlicher Teilhabechancen.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

STAGE: Ein anthropometrisch unterstützendes Framework für die physikalische Interaktion mit digitalen Artefakten durch Menschen mit körperlichen Behinderungen – Machbarkeits- und Akzeptanzstudie

Prof. Dr.-Ing. Andreas Schrader
Institut für Telematik (ITM), Universität Lübeck
190
6 Monate

PROJEKTLÉITUNG
EINRICHTUNG
PROJEKT-NR.
DAUER

- KOOPERATIONEN** Institut für Telematik (ITM), Universität zu Lübeck
Dr. Arlt, Klinikum Bad Bramstedt
- HINTERGRUND** Bislang unterstützen isolierte und statische NUI-Geräte Nutzer mit körperlichen Beeinträchtigungen nicht adäquat. Es sollen hier die Adaptionmöglichkeiten von NUI-Technologien (Natürliche Interaktionstechnologien, z.B. berührungsempfindliche Bildschirme, kamera-basierte Gestensteuerungen oder sprachgesteuerte Interaktionen) verbessert werden. Untersucht werden soll ein adaptiver, kombinierter Ansatz, der auf einem ganzheitlichen Körpereinsatz und einer dynamischen Komposition von Interaktionsmechanismen im jeweiligen Kontext (Interaction Ensembles) basiert. Der Fokus liegt auf Arbeitnehmern mit körperlichen Beeinträchtigungen in Büroarbeitsplätzen.
- ZIELSETZUNG** Das Ziel des Projekts ist die Evaluation der generellen Möglichkeiten der adaptiven Komposition von Interaction Ensembles in einem realen Nutzerszenario, sowie die Evaluation der Akzeptanz der Nutzer im täglichen Lebens- und Arbeitsumfeld in einer qualitativen Vorstudie.
- METHODIK** Es sind zwei Testgruppen vorgesehen: 20 Rehabilitanden mit beeinträchtigter Funktionalität und Mobilität von Hand und/oder Arm (Rekrutierung Klinikum Bad Bramstedt) und eine Vergleichsgruppe mit 20 Probanden ohne körperliche Einschränkungen (Rekrutierung in der Universität Lübeck). Die Studie beinhaltet drei Phasen:
- *Phase I:* hier sollen Strategien identifiziert werden, mit denen Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen den Umgang mit digitalen Geräten bewältigen bzw. adaptiv gestalten. Als Ergebnis soll eine Sammlung von persönlichen Ansätzen für die Interaktion mit Touch Interfaces erstellt werden, die von den Studienteilnehmern persönlich entwickelt und/oder auch im täglichen Umgang angewandt werden.
 - *Phase II a:* In der Vergleichsgruppe, ohne körperliche Beeinträchtigungen, wird das vermutete Verhalten in einem Interaktions-Szenario bei Vorstellung einer körperlichen Beeinträchtigung evaluiert. Dadurch sollen akzeptable Verhaltensmuster (Körpereinsatz) und Kompositionen von Interaktions-Ensembles identifiziert werden.
 - *Phase II b:* In dieser Phase sollen akzeptable Verhaltensmuster (Körpereinsatz) und Interaktions-Ensembles für Menschen mit einer tatsächlichen körperlichen Beeinträchtigung identifiziert werden.
- RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS** Die Ergebnisse können auf die generellen Anforderungen älterer Menschen im Rahmen des demographischen Wandels verallgemeinert werden und so zu einer aktiven sozialen Teilhabe beitragen.

Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation

- PROJEKTLEITUNG** Dr. Robert Stracke¹, Dipl.-Psych. Robert Meyer-Steinkamp²,
Dr. Angela Buchholz³, Dipl.-Psych. Maren Spies³
- EINRICHTUNG** ¹Fachklinik Hansenbarg, Hanstedt (Niedersachsen),
²Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld,
³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
- PROJEKT-NR.** 193
- DAUER** 12 Monate
- KOOPERATIONEN** Verschiedene Experten werden zu Projektbeginn benannt.

Mit jährlich insgesamt etwa 57 000 ambulanten und stationären Leistungen und einer durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von 88 Tagen wird ein substantieller Anteil der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch Suchterkrankungen gebunden. Im Jahr 2012 nahmen in Hamburg 4 962 Personen 6 047 Betreuungsleistungen der kommunal finanzierten Suchthilfe in Anspruch.

Durch die Deutsche Rentenversicherung und andere Kostenträger sind Rehabilitationskliniken sowie weitere relevante Versorgungssektoren in der Suchthilfe dazu angehalten, ICF-basierte und teilhabeorientierte Rehabilitationskonzepte vorzulegen. Bestehende Anwendungsvorgaben unterscheiden sich allerdings deutlich zwischen verschiedenen Kostenträgern, was eine Implementierung der ICF erschwert. Um die praktische Handhabung der ICF zu vereinfachen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Entwicklung sog. Core Sets: Diese enthalten nur diejenigen Kategorien aus der ICF, die zur Beschreibung eines bestimmten Krankheitsbildes relevant sind. Zusätzlich zu der Entwicklung störungsspezifischer Core Sets hat sich bewährt, kürzere Teilmodule aus den Core Sets zu extrahieren, die auf verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. Akutversorgung vs. Postakutversorgung) zugeschnitten sind und spezifisch die dort notwendigen Inhalte abdecken. Für den Bereich der substanzbezogenen Störungen bestehen zwar Vorarbeiten, bisher gibt es aber noch kein konsentiertes ICF Core Set. Ziel der hier beantragten Studie ist daher, aufbauend auf existierenden Vorarbeiten ein ICF Core Set Sucht für die relevanten Versorgungsbereiche zu modularisieren und zu konsentieren.

HINTERGRUND

Mit der Studie soll ein modulares, auf verschiedene Bereiche des Suchthilfesystems zugeschnittenes Core Set »Sucht« entwickelt werden. Darüber hinaus soll der Bedarf für ein ICF-basiertes Assessmentinstrument ermittelt werden. Folgende Fragen werden untersucht:

ZIELSETZUNG

1. Welche ICF-Kategorien sind relevant, um Personen mit Abhängigkeitserkrankungen zu beschreiben?
2. Welche ICF-Kategorien sind für alle Versorgungssektoren relevant?
3. Welche Kategorien sind in einzelnen Versorgungssektoren besonders relevant?
4. Ist das entwickelte modulare Core Set in den verschiedenen Versorgungssektoren anwendbar und plausibel?
5. Welche ICF-Kategorien sind durch im Suchthilfesystem häufig angewendeten Assessments abgedeckt bzw. welche werden durch Assessments nicht erfasst?

In einem ersten Schritt soll ein umfassendes ICF Core Set aus bisherigen Vorarbeiten zusammengestellt werden. Dieses wird ergänzt durch die Analyse bestehender Assessmentinstrumente. Hierfür werden unterschiedliche Quellen genutzt: eine deutschlandweite Onlinebefragung über den Einsatz von suchtspezifischen Assessmentinstrumenten in allen Suchteinrichtungen, Leitlinienrecherche zu empfohlenen Assessmentinstrumenten, Patientenbefragung zu Teilhabebeeinträchtigungen und Funktionsstörungen sowie eine Verlinkung relevanter Konzepte zu den ICF Kategorien. Im Anschluss daran wird das so erstellte Core Set durch Experten und Patienten beurteilt und je nach Relevanz modifiziert. Für die Spezifizierung der Core Sets für verschiedene Versorgungsbereiche werden Expertenworkshops und ein Praxistest mit Fallvignetten durchgeführt.

METHODIK

Optimierung der Kommunikation der verschiedenen Kostenträger über Vereinheitlichung der Anwendungsvorgaben bezüglich der ICF.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Entwicklung objektivierbarer Zuweisungskriterien zur komplexen Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR)

PROJEKTLEITUNG	André Strahl, M.Sc. Rehabilitationspsychologie Dr. med. Horst Danner
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Orthopädie; RehaCentrum Hamburg
PROJEKT-NR.	198
DAUER	12 Monate
KOOPERATIONEN	Gesundheitszentrum Hannover, Reha Tagesklinik im forum Pankow, Prof. Dr. Matthias Morfeld, Hochschule Magdeburg-Stendal
HINTERGRUND	STWmbR ist ein Modell der komplexen »Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation«. Bisher wird davon ausgegangen, dass die STWmbR vorrangig für Patienten mit degenerativen und funktionellen Beschwerden geeignet ist. Da ein spezifischer Kriterienkatalog zur Indikationsstellung bislang nicht existiert, soll eine Checkliste zur Indikation der STWmbR entwickelt werden.
ZIELSETZUNG	Erstellung eines spezifischen, objektivierbaren Kriterienkataloges (Checkliste) sowie dessen Evaluation bezüglich der Praktikabilität zur Indikationsstellung der STWmbR.
METHODIK	Die Durchführung des Projekts erfolgt in drei Phasen: Es sollen in einem ersten Schritt vorliegende Patientenakten des RehaCentrums Hamburg analysiert werden, um gemeinsame Kriterien dieser Patienten zu identifizieren. Daraus werden anschließend erste Ein- und Ausschlusskriterien zusammengestellt, die in der Lage sind, das Patientenkollektiv, das eine STWmbR in Anspruch genommen hat, zu beschreiben. In einem zweiten Schritt soll ein Experten-Workshop mit Delphi-Befragung durchgeführt werden. In der Expertenrunde sollen Ein- und Ausschlusskriterien ergänzt und diskutiert werden. In der Delphi-Befragung soll Konsens über die Wertigkeit der Kriteriencheckliste hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien der STWmbR erreicht werden. Im dritten Schritt soll die Checkliste durch zwei unabhängige Rater evaluiert werden (Interraterreliabilität). Einmal wird die Checkliste vom einleitenden Arzt ausgefüllt, ein zweites Mal von einem anderen Arzt anhand der Daten des Entlassungsberichtes der Reha. Über einen Zeitraum von drei Monaten wird die Checkliste in mehreren ambulanten Rehabilitationseinrichtungen bei 102 orthopädischen Rehabilitanden eingesetzt werden. Durch Anwendung der Kriterien werden sie einem der beiden potenziellen Wiedereingliederungsmodellen (STW oder STWmbR) zugeordnet. Abschließend werden die Anwender innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen zur Praktikabilität und Umsetzbarkeit der Checkliste in der Routine befragt.
RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS	Strukturierung der Indikationsstellung zur STWmbR anhand objektivierbarer Zuweisungskriterien.

Analyse des Rückgangs der Reha-Anträge bei Kindern und Jugendlichen

von Dr. Nathalie Glaser-Möller

Deutsche Rentenversicherung Nord, Lübeck

nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de



Die Deutsche Rentenversicherung beobachtet seit 2007 einen dramatischen Rückgang der Anträge auf Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen (Abb. 1). Dieser Antragsrückgang folgt einer kontinuierlichen Zunahme der Anträge im Zeitraum 1997–2007 und kann daher nicht allein auf den Geburtenrückgang zurückgeführt werden, der schon seit 1970 beobachtet wird. Es besteht die Gefahr einer Unterversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit Rehabilitationsbedarf. Insbesondere ausländische Kinder und Jugendliche nehmen extrem selten eine Rehabilitation in Anspruch.

tationsnachsorge, die das Ergebnis der Rehabilitation langfristig stabilisiert, nicht stattfindet.

- Schließlich wird möglicherweise ein Rehabilitationsbedarf aufgrund der verbesserten und erweiterten ambulanten Versorgung bei klassischen Reha-Indikationen seltener gesehen (vgl. den Erfolg des DMP Asthma).
 - Die von Jugendlichen geäußerte Sorge um Schulzeitverlust.
 - Eine (durch fehlende Zahlen) nicht überprüfbare Zunahme alternativer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Kinderrehabilitation oder Mutter-Vater-Kind-Vorsorgemaßnahmen).
- Bergheim² (2013) sieht im Antragsrückgang

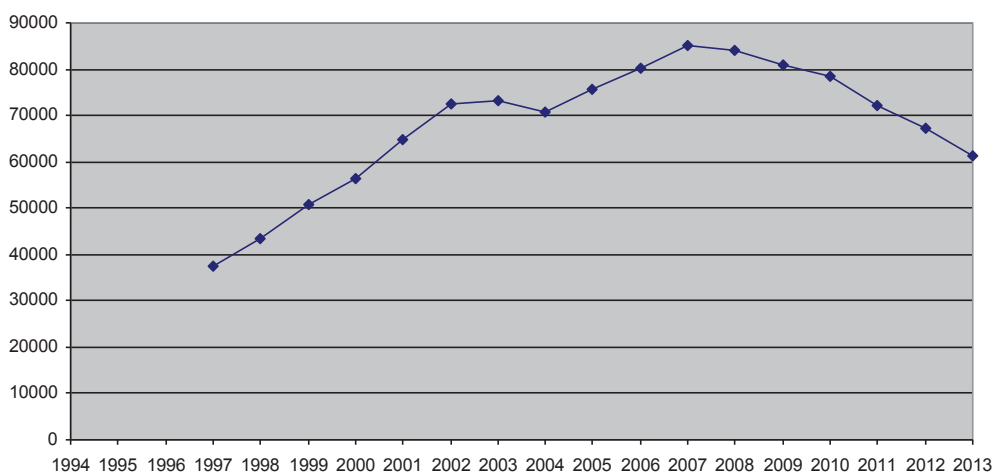


Abb. 1: Die Entwicklung der Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

Die aktuell diskutierten Ursachen des Antragsrückgangs

Im Positionspapier¹ der Deutschen Rentenversicherung (2012) werden vielfältige Ursachen für den Antragsrückgang diskutiert:

- Informationsdefizite bei den Zuweisern und Eltern über das Antragsverfahren, die Inhalte und Durchführungsmodalitäten der Rehabilitation.
- Ein kritischeres und differenzierteres Empfehlungsverhalten von behandelnden niedergelassenen Ärzten. Es wird in der Ärzteschaft bemängelt, dass Rehabilitation nur stationär durchgeführt werden kann und eine Rehabi-

eine mögliche Reaktion auf erhöhte Ablehnungsraten zwischen 2001 und 2007. Er vermutet, dass Eltern seltener einen Antrag einreichen, weil sie in der Regel ihr Kind ab einem Alter von 8 Jahren nicht begleiten dürfen.

Handlungsvorschläge der Deutschen Rentenversicherung

In ihrem Positionspapier machte die DRV folgende Vorschläge, um eine Unter- und Fehlversorgung im Reha-Bereich zu vermeiden:

- Breites Informationsangebot über die Kinderrehabilitation.



- Vereinfachung des Antragsverfahrens.
- Höhere Individualisierung und Flexibilisierung der Leistungen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Dafür hat die Deutsche Rentenversicherung ein qualitativ hochwertiges und spezialisiertes Versorgungsnetz aufgebaut, das auch Kinder und Jugendliche mit seltenen Erkrankungen behandeln kann. Sie fordert von den Kliniken, dass sie zu Beginn der Rehabilitation einen auf die Probleme des Kindes abgestimmten Therapieplan herstellt. Schließlich soll die Flexibilisierung der Rehabilitationsdauer zu einer höheren Bedarfsgerechtigkeit führen.
- Erarbeitung konkreter Strategien, um die Rehabilitation nachhaltiger zu machen. Allerdings besteht für die Rentenversicherung keine gesetzliche Grundlage für die Erbringung von Nachsorgeleistungen nach einer Kinderrehabilitation, die vergleichbar zu den Reha-Nachsorgeleistungen bei Erwachsenen wären.

Die Untersuchung von Frau Prof. Thyen zur Analyse des Antragsrückgangs

Es ist festzustellen, dass die bisher unternommenen Schritte und insbesondere die breite Öffentlichkeitsarbeit bis 2013 noch keine Wirkung zeigte (siehe Abb. 1). Es stellt sich weiterhin die Frage, ob das aktuelle Reha-Angebot, insbesondere sein Inhalt und seine Organisationsform, den aktuellen Rehabilitationsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher unterschiedlicher sozialer Herkunft effizient abdecken kann. Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) hält es für erforderlich, die Ursachen des Antragsrückgangs wissenschaftlich zu untersuchen. Sie fördert zur Zeit ein Forschungsprojekt der Universität Lübeck *Veränderte Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsbehandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Rentenversicherung: Untersuchung möglicher Ursachen in der Zuweiserkette und der Akzeptanz der Angebote* (Projektleiterin: Prof. Dr. Thyen). Folgende Fragen werden durch Interviews von Kinderärzten und Familien mit einem chronisch kranken Kind geprüft, die nie zuvor einen Antrag auf Rehabilitation eingereicht haben:

1. Werden die vermuteten oder tatsächlichen Angebote der stationären Rehabilitation für

Kinder- und Jugendliche von Kinder- und Jugendärzten und von Eltern als zeitgemäß angesehen?

Da sich in den letzten Jahrzehnten die Arzt-Patienten-Beziehung und die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen deutlich im Sinne einer größeren Beteiligung der Patienten bzw. ihrer Eltern und Selbstbestimmung verändert haben, soll untersucht werden, inwieweit diese Aspekte bei Empfehlung einer Reha durch den Kinderarzt sowie bei der Antragstellung und Inanspruchnahme eine Rolle spielen.

2. Welche Zugangsbarrieren werden von den Familien und ihren Ärzten wahrgenommen, die die Angebote zwar als medizinisch sinnvoll ansehen, jedoch keinen Antrag stellen?

Insbesondere zuweisende Ärzte sollen befragt werden zu dem Bürokratieaufwand, zu vorhandenem oder fehlendem Wissen über das Antragsverfahren, zu antizipierter Ablehnung durch Kostenträger, zu dem Beratungsaufwand für den niedergelassenen Arzt. Unspezifische und ablehnende Reaktionen auf einen objektiven oder subjektiv erlebten erhöhten Bürokratieaufwand für niedergelassene Ärzte in den letzten 10 Jahren werden ermittelt. Unterschiedlich erlebte Verfahrensweisen im Vergleich der Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung und problematisch erlebte Anspruchshaltungen von Eltern betroffener Kinder- und Jugendlicher werden dabei in Betracht gezogen.

3. Welche Rolle spielt die Entwicklung angemessener ambulanter Angebote und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten bei der Notwendigkeit stationärer Rehabilitation?

Die Versorgungsqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Bereich der Primärversorgung (niedergelassener Bereich) und der ambulanten Rehabilitation (Patientenschulungen, integrierte gesundheitsfördernde sozialpädagogische Maßnahmen) sowie die Erreichbarkeit von Spezialisten haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dadurch kann die Überzeugung eines zusätzlichen Nutzens der stationären Rehabilitation bei den Zuweisern gesunken sein.

4. Welchen Einfluss haben Schwächen in der Kooperation und Koordination zwischen stationärer Rehabilitation und den vorbereitenden und nachsorgenden Stellen?

Die Ursachen dieser vermuteten unzureichenden Kooperationen sind unklar. Möglicherweise wird das Problem der mangelnden Vernetzung und fehlenden Nachsorge der stationären Rehabilitation, das das langfristige Rehabilitationsergebnis gefährdet, stärker wahrgenommen.

5. Gibt es bestimmte Gruppen von chronisch kranken Kindern oder Jugendlichen mit bestimmten Erkrankungen beziehungsweise Teilhabedefiziten, die durch das aktuelle Angebot noch nicht erreicht werden?

Betrachtet werden weniger einzelne Diag-

nosen als die Kombination von verschiedenen Diagnosen oder einer Diagnose mit besonderen Kontextfaktoren.

Das Projekt von Prof. Thyen hat im März 2014 begonnen. Mit den ersten Ergebnissen ist Mitte 2015 zu rechnen. Erwartete Ergebnisse im Bereich der Strukturqualität könnten im Bereich des Zugangs zu der Rehabilitation liegen: Wie könnten die einzelnen Abläufe verbessert werden? Wie könnte ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für Kinderärzte und für die Familien aussehen, die eine Kinder-Reha beantragen wollen? Wir erwarten auch Hinweise, wie die Inhalte und Verfahren der Rehabilitation dem aktuellen Bedarf der Betroffenen und ihren Erwartungen angepasst werden könnten.



20 Jahre Forschung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

von Dr. Rainer Stachow, Sibylle Scheewe, Miriam Pankatz und Uwe Tiedjen
 Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche
 fachklinik-sylt@t-online.de

Mit rund 30 000 Maßnahmen pro Jahr hat die Kinder- und Jugendrehabilitation nur einen kleinen Anteil an den gesamten rehabilitativen Leistungen der Deutschen Rentenversicherung. Dennoch stellen sich in diesem Bereich auch viele wissenschaftliche Fragen der Methodik und Wirksamkeit von Rehabilitationskonzepten. Um sich an der Beantwortung solcher Fragestellungen zu beteiligen wurde vor 20 Jahren der Verein »Rehaforschung e.V.« gegründet. Zahlreiche Projekte wurden seitdem mit verschiedenen Kooperationspartnern durchgeführt und in über 100 Publikationen auf Kongressen und in Fachzeitschriften dargestellt (siehe Tabelle). Exemplarisch sollen hier drei Studien etwas näher präsentiert werden:

1. AKASH – eine randomisiert kontrollierte Studie über die Wirkung von Akupunktur bei Kindern mit Asthma bronchiale

Asthma tritt nach neuen Daten der KIGGS-Studie 2014 mit einer Häufigkeit von 6 % in

der deutschen Bevölkerung auf. Aus Sicht der behandelnden Kinderpneumologen gibt es einen strukturierten Plan, meist mit einem vorbeugenden inhalativen Cortisonspray, um die Symptome sicher zu kontrollieren.

» 70 % der Betroffenen nehmen ihre Medikamente nicht regelmäßig oder gar nicht. Die Patienten, die zur Reha kommen, gehören zum Teil zu diesen 70 % oder haben trotz Medikation ein nicht kontrolliertes Asthma mit einem hohen Gefährdungsgrad.«

Die Sichtweise der Eltern und Patienten ist bei 70 % der vom Asthma Betroffenen eine andere: sie nehmen ihre Medikamente nicht regelmäßig oder gar nicht. Die Patienten, die zur Reha kommen, gehören zum Teil zu diesen 70 % oder haben trotz Medikation ein nicht kontrolliertes Asthma mit einem hohen Gefährdungsgrad.



Von dieser Tatsache geleitet und durch Erfahrungen mit der Akupunkturbehandlung wurde 2004 und 2011 ein Forschungsprojekt zwischen durchgeführt, das zwei Gruppen verglich: eine Gruppe erhielt Körper- und Ohrakupunktur, die andere erhielt ein aufklärendes Gespräch zur Studie und nahm wie die Akupunkturgruppe an allen asthmatischen Anwendungen wäh-

rend der Reha teil. Daten von 46 Kindern aus der Interventionsgruppe und von 47 Kindern aus der Kontrollgruppe konnten ausgewertet werden. Umfangreiche Lungenfunktionsuntersuchungen und Peakflow-Monitoring, Lebensqualitätsbögen und Angstfragebögen lieferten Wirksamkeitsdaten. Die Ergebnisse belegten einen signifikanten positiven Effekt der Aku-

ZEITRAUM	THEMA DES FORSCHUNGSPROJEKTS	KOOPERATIONSPARTNER
1995 – 1996	Entwicklung und Evaluation eines Rehabilitationsprogramms für Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis	Universität Bremen
1997 – 1999	Entwicklung und Evaluation eines Rehabilitationsprogramms für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ1	Fachklinik Sylt
1998 – 2002	Effektivität der stationären Astharehabilitation (multizentrische ESTAR-Studie)	BfA, Universität Bremen, Fachklinik Satteldüne, Fachklinik Gaißach
1998 – 2000	Entwicklung und Evaluation eines Verhaltenstrainings für Kinder und Jugendliche mit Psoriasis	Universität Bremen
1999 – 2001	Weiterentwicklung und Evaluation des Adipositasprogramms für Jugendliche ab 12 Jahren (EMI-Programm)	Fachhochschule Hamburg
1999 – 2001	Entwicklung und Evaluation von indikationsspezifischen Antistress-Trainings in der Kinderrehabilitation	Universität Bremen
2000 – 2003	Multizentrische Studie zur Überprüfung der Effektivität der Neurodermitisschulung	BMG, AG Neurodermitisschulung 8 weitere Studienzentren
2001 – 2003	Studie zur Allergieprävention des Nordseeklimas	Fachklinik Sylt
2002 – 2004	Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes, die in die stationäre Rehabilitation gelangen	Universität Ulm
2002 – 2004	Entwicklung eines Schulungsprogramms für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ1 und Adipositas	Fachklinik Sylt
2000 – 2004	Entwicklung und Evaluation eines Adipositasprogramms für Schulkinder 8 – 11 Jahre mit anschließender 3-Jahres-Katamnese	Universität Bremen
2004 – 2007	Akupunkturprojekt: AKASH – Akupunktur bei Kindern mit Asthma Sylt/Hessen	Universität Frankfurt, DÄGFA
2004 – 2009	Jugendprojekt: Jugendliche mit chronischer Grunderkrankung in der stationären Rehabilitation	Universität Bremen
2006 – 2007	Modellprojekt »Netzwerk Adipositas Schleswig-Holstein« (Kurztitel: NASH)	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein
2012 / 2014	Beteiligung Evaluation ModuS (Modulare Schulung, und Transition)	BMG, KomPaS, Klinikhospital Osnabrück
(2012 – 31.03.2015)	KiJuRNA-1: Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case-Management	Universität Flensburg
(2014 – 31.03.2015)	KiJuRNA-2: Machbarkeitsanalyse einer Ambulanten Nachsorge nach stationärer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas	Universität Flensburg

punktur auf die bronchiale Überempfindlichkeit durch asthmatische Auslöser gegenüber der Kontrollgruppe. Damit wurden Episoden von Atemnot weniger wahrscheinlich. Andere Lungenfunktionswerte besserten sich in beiden Gruppen ohne signifikante Unterschiede. Eine deutliche Verringerung der Angst, die Patienten beim Atemnotanfall haben, konnte in der Akupunkturgruppe gemessen werden. Dies sprach dafür, dass die Wirkung der Nadelakupunktur gemäß der Philosophie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) mittels neuraler Wirkung im Gehirn auch emotionale Zustände beeinflussen kann.

2. Jugendprojekt – Entwicklung und Evaluation eines ressourcenorientierten Konzepts für die Rehabilitation chronisch kranker Jugendlicher

Von 2005 bis 2011 wurde, in Kooperation mit der Fachklinik Sylt und der Universität Bremen, ein Konzept zur verbesserten stationären Rehabilitation von Jugendlichen (ab 12 Jahren) konzipiert. Ausgangspunkt war die Erkenntnis einer gesundheitlich schlechteren Versorgung dieser Altersgruppen, die als Zielgruppe konzeptueller und empirischer Arbeit des Rehabilitationswesens jedoch eine untergeordnete Rolle spielte. Ferner wiesen Studienergebnisse auf die mangelnde Akzeptanz von Interventionen und eine geringere langfristige Wirksamkeit von Interventionseffekten im Jugendalter hin.

In einer Vorstudie (2005–2007) wurden Erwartungen von 179 chronisch erkrankten Jugendlichen und einem Großteil des Klinikpersonals erhoben. Ferner wurden 126 Fragebögen an Berufsverbände, Berufsschulen und mittelständische Unternehmen in Hamburg und Schleswig-Holstein verschickt. In der Hauptstudie (2007–2011) wurde aus den Ergebnissen der Vorstudie ein altersentsprechendes Reha-Konzept für Jugendliche entwickelt. Die Mitarbeiter wurden in einer eigens entwickelten Fortbildung in der konsequenten Umsetzung von interdisziplinärer Kooperation, Ressourcenorientierung, Salutogenese und Empowerment geschult. Die Wirksamkeit dieser Konzeptänderung wurde in einer prospektiven, kontrollierten, nicht randomisierten Studie evaluiert. Eingeschlossen wurden Jugendliche mit Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas oder Diabetes mellitus. Es wurden Datenerhebungen zu Beginn, am Ende und ein

Jahr nach der Rehabilitation durchgeführt.

Die Kontrollgruppe umfasste 146 Jugendliche, die Experimentalgruppe 166 Jugendliche. Die Untersuchung bezog sich auf Parameter der Reha-Zufriedenheit, des Selbstwertes (Rosenberg), der sozialen Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer), der Lebensqualität (KINDL-R), des Krankheitsmanagements (Petermann & Stachow) sowie somatische Parameter.

Die Studie konnte zeigen, dass die Jugendlichen, die die neu entwickelte jugendspezifische Reha-Maßnahme erhalten haben, wesentlich zufriedener mit der stationären Rehabilitation waren, was sich auch in der Verbesserung einiger Parameter widerspiegelte. Die neuen Klinikstrukturen und räumlichen Ausstattungen wurden von den Jugendlichen der Experimentalgruppe signifikant ($p < 0,001$) besser beurteilt. Ebenso war die Zufriedenheit der Rehabilitanden der Experimentalgruppe in Bezug auf die Berufsorientierung signifikant besser ($p < 0,001$). Sie fühlten sich besser vorbereitet auf die anstehende Berufswahl. Insgesamt ergab die Studie, dass Jugendliche mit einem auf sie zugeschnittenen und interdisziplinären Konzept besser erreicht werden können. Die Implikationen aus dem Jugendprojekt wurden in den Rehabilitationsalltag der Fachklinik Sylt und anderer Kinder- und Jugendrehabkliniken überführt.

3. Kinder- und Jugend Rehabilitations-Nachsorge (KiJuRN-Studie)

Stationäre Rehabilitationen bei Jugendlichen mit Adipositas führen bei fast allen Rehabilitanden zu einer kurzfristigen deutlichen Reduktion des Übergewichts, weisen häufig jedoch nicht den angestrebten langfristigen Erfolg auf. Aus diesem Grund erscheinen Nachsorgemaßnahmen notwendig zu sein und wurden in verschiedenen Ansätze erprobt (Egmond, Adam). Nur eine individuelle regionalisierte Nachsorge durch Ernährungsfachkräfte ergab Hinweise für eine mögliche Verbesserung der Nachhaltigkeit. Da die gesetzlichen Grundlagen für Nachsorgeleistungen bei Kindern und Jugendlichen zur Zeit noch fehlen (§31 SGB 6), wurde das vorliegende Konzept einer telefonischen Nachsorge aus der Rehaklinik heraus entwickelt. So ist die Nachsorgeleistung ein integrativer Bestandteil des Rehakonzeptes und könnte über den Tagespflegesatz abgegolten werden.

Ziel der KiJuRN-Studie ist die Konzept-





entwicklung und kontrollierte Evaluation einer telefonbasierten Nachsorgemaßnahme für Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren, die wegen Adipositas stationär rehabilitiert wurden.

Nach Einwilligung durch die Eltern und Jugendlichen wurde durch eine Casemanagerin mit den Rehabilitanden ein Gespräch zur Vorbereitung auf die telefonische Nachsorge geführt. Hier wurde geklärt, welche Ziele sich die Teilnehmer in Bezug auf eine anhaltende Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens für die Zeit nach der Reha vornehmen könnten.

Nach der Heimreise wurden die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe fünf Mal innerhalb von 6 Monaten durch die Casemanagerin angerufen. Im Anschluss an das erste Telefonat wurde auch ein Gespräch mit den Eltern gesucht. Der Abstand zwischen den Telefonterminen vergrößerte sich mit dem zeitlichen Fortschreiten des Programms.

Im selben Zeitraum hatten die Studienteilnehmer der Kontrollgruppe das Angebot, sich bei Fragen und Problemen selbst an die Klinik zu wenden. Sie wurden von der Casemanagerin einmal nach 20 Wochen angerufen.

Alle Gespräche wurden nach den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (2009) geführt. Gesprächsinhalte waren die Reflektion des vergangenen Zeitraums im Hinblick auf Ess- und Bewegungsverhalten, die kontextbezogenen Unterstützungsbedingungen, sowie die Bewältigung adipogener Risikosituationen. Das Gespräch wurde am Ende zusammengefasst und der Teilnehmer

motiviert, Etappenziele bis zum nächsten Telefonat zu formulieren.

Die Teilnahme an der Studie wurde 303 Jugendlichen angeboten. Davon konnten 224 in die Studie aufgenommen werden, von denen 114 der Interventions und 110 der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. Die Nachsorgeintervention abgeschlossen haben 84 Patienten. Eine Katamneseuntersuchung 6 Monate nach Ende der Nachsorge wird zum Jahresende 2014 erstellt sein.

Während der telefonischen Nachsorge zeigte sich, dass der organisatorische Aufwand deutlich höher war, als ursprünglich angenommen. Ca. ⅓ der Patienten hielten sich nicht an die vereinbarten Telefontermine, mussten mehrfach angerufen werden, waren nur spät-abends oder am Wochenende erreichbar. Durchschnittlich wurden 1,25 Anrufe pro Teilnehmer erforderlich um ein Gespräch zu führen. Erste qualitative Auswertungen der Gespräche einer Teilstichprobe ergaben, dass eine positive Unterstützung durch die Familie sowie kreative Ideen der Jugendlichen zur Realisierung eines nicht adipogenen Lebensstils einen günstigen Einfluss auf die Gewichtsentwicklung hatten. Die abschließenden Ergebnisse werden im Frühjahr 2015 vorliegen.

Fazit

Klinische Rehabilitationsforschung ist notwendig für die Entwicklung wirksamer Rehabilitationskonzepte und hat entscheidenden Einfluss auf den Alltag in der Kinder und Jugendrehabilitation.



Förderung der Gesundheitsversorgungs-Kompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Transition von pädiatrischen zu Erwachsenenversorgungssystemen

von Ute Thyen, Carsten Herrmann-Garitz, Franziska Bomba, Silke Schmidt
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Lübeck
Ute.thyen@uksh.de

Hintergrund

Chronische Gesundheitsstörungen bezeichnen eine große Gruppe verschiedener, oft seltener Erkrankungen, die die Funktion des Patienten in Alltagsaktivitäten und der Rollenerfüllung beeinträchtigen (Thyen &

Perrin, 2009). Entsprechend dem krankheitsübergreifenden Klassifikationsansatz liegt die Gesamtprävalenz von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf aufgrund chronischer Gesundheitsstörungen im Kinder- und Jugendsurvey KIGGS bei circa

13,7 % (Scheidt-Nave et al. 2007). Viele Kinder mit Mukoviszidose, angeborenen Herzerkrankungen, Spina bifida, Zerebralparese und anderen chronischen Krankheiten überleben heute bis in das 40. Lebensjahr oder darüber hinaus, infolgedessen steigt die Prävalenz bei teilweise sinkender Inzidenz. Bei Asthma und anderen atopischen Erkrankungen ist eine echte Zunahme der Krankheitsinzidenz zu vermuten, bei Diabetes Typ 1 konnte sie schon gezeigt werden (Harjutsalo, Sjöberg & Tuomilehto, 2008). Mit einer höheren Prävalenz und längeren Überlebenszeiten nehmen auch körperliche und sekundäre seelische Folgeerkrankungen zu, die zu einer Einschränkung der Teilhabe führen (Schmidt & Thyen, 2008). Neben den normalen Entwicklungsaufgaben ihrer Altersgruppe müssen chronisch kranke Jugendliche lernen, kontinuierlich mehr Verantwortung für die Behandlung ihrer Erkrankung zu übernehmen und selbständig ihre weiterführende medizinische Versorgung zu organisieren. Insgesamt mehren sich die Hinweise darauf, dass nicht optimal gestaltete Übergangsprozesse einen negativen Effekt auf die Morbidität bei jungen Erwachsenen haben (Crowley, Wolfe & McKee, 2011; Kennedy et al., 2007). Jugendliche, die beim Übergang in die Erwachsenenmedizin ganz den Kontakt zum Versorgungssystem verlieren, können diesen Lebensabschnitt nicht nutzen, um sich fundiertes Expertenwissen im Umgang mit ihrer Krankheit anzueignen. Viele suchen erst dann wieder Versorgungsangebote auf, wenn gesundheitliche Komplikationen auftreten (De Beaufort et al., 2010).

Jugendliche in der Transition, die sich nicht adhären zeigen oder über ein schlechtes Selbstmanagement verfügen, bedeuten für behandelnde Ärzte eine besondere Herausforderung (Anderson, Svoren & Laffel, 2007). Unregelmäßige Arztbesuche bedeuten nicht nur eine schlechtere medizinische Kontrolle, sondern führen dazu, dass einerseits dem Patienten, andererseits dem Arzt wichtige Informationen vorenthalten werden, und können so zu inadäquaten Behandlungs- und Verschreibungsentscheidungen führen (Lewin et al., 2009). Neben verstärkt auftretender Morbidität und Mortalität bei fehlender Compliance (Quittner et al., 2002), entstehen im weiteren Verlauf auch deutlich erhöhte Kosten im medizinischen Versorgungssystem (La Greca &

Bearman, 2003).

Insbesondere bei jungen Menschen mit Typ-1-Diabetes sind eine Abnahme der Behandlungsfrequenz nach Ende der pädiatrischen Versorgung sowie eine deutliche Stoffwechselverschlechterung im Hinblick auf höhere HbA1c-Werte belegt (Kiess, 2005; Hobolt & Norgaard, 2005). Den Zusammenhang zwischen höheren HbA1c-Werten und psychologischen Anpassungsstörungen zeigten Nardi und Kollegen (2008) und damit auch die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Gewährleistung von Kompetenz und Eigenverantwortung im Umgang mit der Erkrankung. Eine Reihe von klinischen Kohortenstudien haben eine Zunahme medizinischer Komplikationen bei unterschiedlichen Behinderungen und chronischen Krankheiten gezeigt, zum Beispiel steigen sie bei Diabetes mellitus Typ 1 in der späten Adoleszenz von 3 % auf 37 % (Bryden et al., 2003).

**»Neben den normalen
Entwicklungsaufgaben
ihrer Altersgruppe müssen
chronisch kranke Jugendliche
lernen, kontinuierlich mehr
Verantwortung für die Be-
handlung ihrer Erkrankung
zu übernehmen.«**

Bei Krankheiten wie der Mukoviszidose ist die Übergangsversorgung noch ein relativ junges Thema. Therapeutische Innovationen der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass Patienten mit Mukoviszidose heute deutlich über 40 Jahre alt werden können (Ernst et al., 2010). Dennoch wird der Übergang in die Erwachsenenmedizin als prognostisch ungünstig beschrieben (Rosen, 2004). Studien zeigen, dass bei Mukoviszidose die Adhärenz im medizinischen Kontext im Verlauf der Adoleszenz abnimmt (Zindani et al., 2006). Gerade bei komplexen medizinischen Erkrankungen wie der Mukoviszidose sind bisher Konzepte der Partizipation und Eigenmotivation wenig berücksichtigt worden. Hier bieten sich innovative Ansatzpunkte zur Steigerung der Kompetenz in der Versorgung und damit der





Gesunderhaltung der betroffenen Patienten (Flume et al., 2001).

Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zeigen im Vergleich zu anderen Erkrankungen und zu Referenzpopulationen niedrigere Werte in der Lebensqualität (Varni, Limbers & Burwinkle, 2007; Sprangers et al., 2000). Sie sind in besonderer Weise von einem schubförmigen, wenig vorhersehbaren Verlauf der Erkrankung betroffen (Wolfe & Sirois, 2008). Der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle von Krankheitsschüben und Remissionen ist in zahlreichen Studien eine zentrale Bedeutung zugeschrieben worden und sollte auch in prospektiven Studien erfasst werden (Sirios, 2009).

Zielsetzung und Fragestellung

Die Ziele des im Rahmen der Initiative Versorgungsforschung des BMBF in Kooperation mit der Gesetzlichen Krankenversicherung geförderten Projektes liegen in drei Bereichen:

1. Identifikation des Versorgungsbedarfs chronisch erkrankter Jugendlicher.
2. Weiterentwicklung bestehender Schulungsprogramme für den Bereich der Transition mit dem Fokus auf Selbstmanagement.
3. Evaluation der Effekte eines neu entwickelten Schulungsmoduls auf die Versorgungszufriedenheit von Patienten und Ärzten,

die Lebensqualität sowie auf die Erkrankungsverläufe und die Veränderung klinischer Krankheitsmerkmale.

Als primäres Kriterium wurde die Versorgungszufriedenheit definiert, da nur bei hoher Versorgungszufriedenheit und subjektiv wahrgenommener Effektivität der Schulung ein verändertes Verhalten bei den jungen Menschen erwartet werden kann. Sekundäre Zielgrößen sind die Gesundheitskompetenz, Partizipation sowie die Lebensqualität.

Design und methodische Vorgehensweise

Es wurden Jugendliche mit den Erkrankungsgruppen Diabetes Typ 1, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Mukoviszidose im Alter zwischen 15 und 25 Jahren eingeschlossen, da sie im Hinblick auf Verlauf, Anforderungen und alltagspraktische Konsequenzen ein breites Spektrum an möglichen Erfordernissen repräsentieren. Das Projekt besteht aus zwei Phasen:

- (a) eine Phase der Identifikation der Versorgungserfordernisse durch Fokusgruppen mit Jugendlichen der ausgewählten Indikationen sowie
- (b) der Weiterentwicklung eines Schulungsmoduls zur Transition. (siehe Abb. 1)

In einem dritten Schritt wurde (c) eine Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign in Phase 2 mit anschließender Evaluation der Wirksamkeit durchgeführt.

Partizipative Entwicklung der Schulung

Vorschläge der Jugendlichen aus Interviews

Literaturrecherche zu Patientenschulungen

Kooperationspartner & Expertengespräche

Transitionsworkshop



Abb. 1: Partizipative Entwicklung der Patientenschulung

In der Fragebogenerhebung mit drei Messzeitpunkten (Baseline; direkt nach der Intervention; fünf Monate nach Baseline) wurden die folgenden Aspekte und Konstrukte erfasst: neben der chronisch-generischen Erfassung der Lebensqualität (DCGM-10) werden Versorgungsqualität und -zufriedenheit (CHC-SUN), Locus of control (IE-4), aktive Selbstbeteiligung (PAM 13), soziale Unterstützung (SSUK), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), selbst wahrgenommene Gesundheitskompetenz (SWG), allgemeine Lebensqualität (EUROHIS-QOL) und gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen. Zusätzlich wurden krankheitsspezifische

klinische Parameter und die Akzeptanz der Schulung erhoben.

Varianzanalysen mit Messwiederholung und dem Alter als Kovariate wurden zur Bestimmung von Zeit- und Interventionseffekten eingesetzt.

Ergebnisse

Der entwickelte 2-tägige Workshop beinhaltet die Themen (a) Transfer, (b) Arzt-Patientenbeziehung, (c) Krankenkasse & Co, (d) Zukunft & Beruf, (e) Menschen um mich herum, (f) Vererbung, Verhütung, Alkohol & Drogen und (g) Ressourcen.

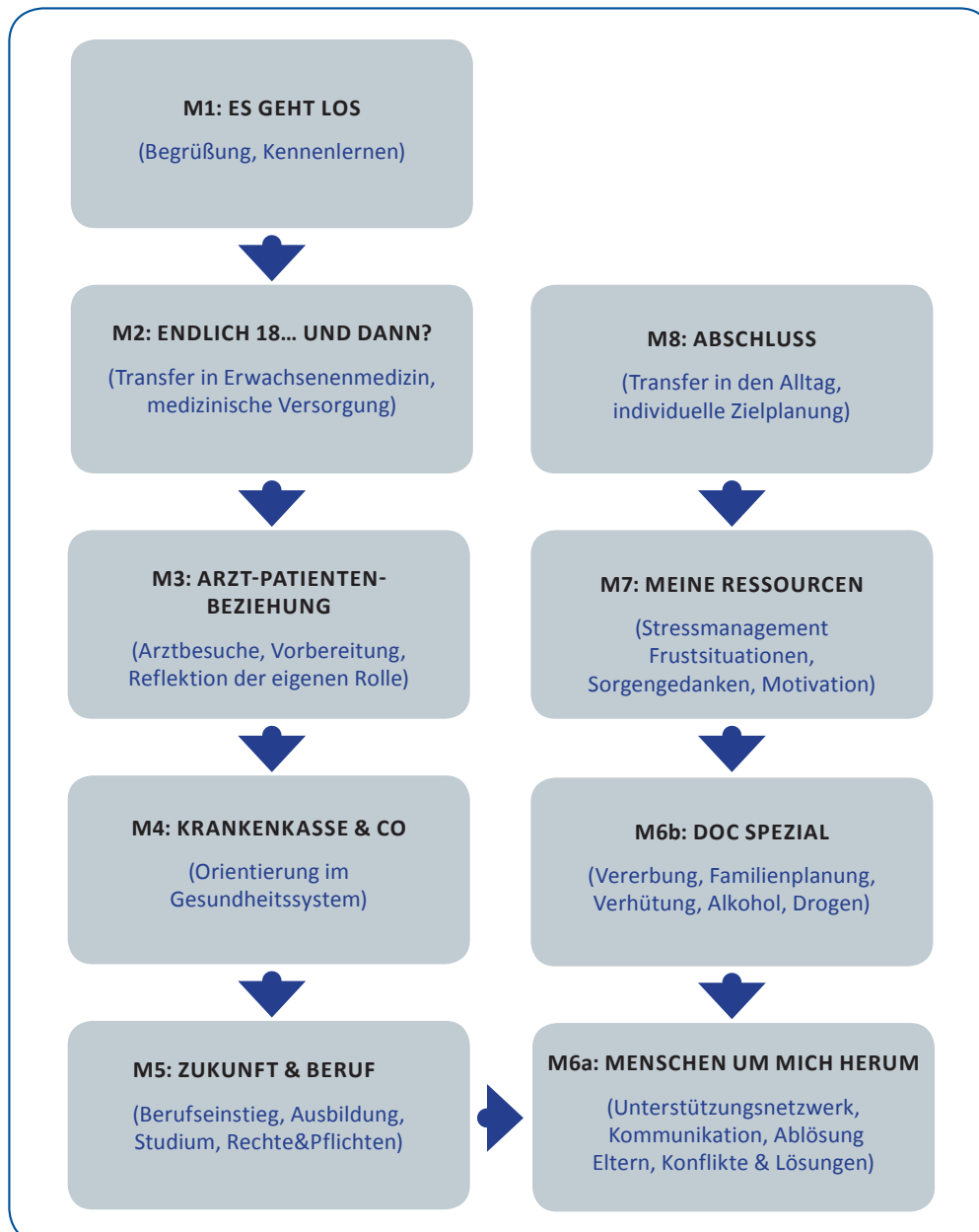


Abb. 2: Aufbau der modularen Patientenschulung

Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG; N=142) nahmen an diesem Workshop teil. Die Kontrollgruppe (KG; N=132) erhielt diese Schulung nicht.

Die Auswertung ergab, dass der Workshop von den Jugendlichen sehr gut angenommen und als hilfreich bewertet wurde, über 90 % würden den Workshop weiterempfehlen. In der Auswertung bewerten 42,9 % der Jugendlichen die Schulung als »ausgezeichnet«, weitere 55,2 % bewerten sie als »gut«. Die Inhalte wurde mit der Schulnote 1,5, die Atmosphäre in der Gruppe mit der Note 1,4 bewertet. Schriftliche Rückmeldungen der Teilnehmer zeigen, dass sie von der Schulung profitierten.

Auch bei der TK zeigten sich signifikante Effekte für Zeit, Alter und Gruppenzugehörigkeit, sowie die Interaktionen Zeit*Gruppe und Zeit*Alter (η^2 zwischen .011 und .116).

Ausblick

Die Intervention führte zu Verbesserungen der Transitionskompetenz bei den Jugendlichen. Diese verbesserten Fähigkeiten können hilfreich bei der Stabilisierung der Selbstwirksamkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wirken und somit eine kontinuierliche Versorgung im Gesundheitssystem unterstützen und einen Beitrag zu einer erfolgreichen Transition leisten.



Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie 2014

von Ulrike Plötz, Dipl.-Psych., Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
medpsych@uni-greifswald.de

Alle zwei Jahre laden die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) Wissenschaftler aus ganz Deutschland und Europa zu einem

gemeinsamen Kongress ein. In diesem Jahr fand er vom 17. bis 20. September in der Hanse- und Universitätsstadt Greifswald statt. Gastgeber war das Institut für Medizinische Psychologie unter der Leitung von Professor Doktor





Hans-Joachim Hannich. Der Kongress wurde bei schönstem Septemberwetter auf dem Gelände des altehrwürdigen Campus der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald abgehalten.

Der diesjährige Kongress stand unter dem Leitthema »Kontexte«. Dieses Motto sollte die Gemeinsamkeiten beider Fachgesellschaften zum Ausdruck bringen, die als Erfahrungswissenschaften im Bereich der medizinischen Forschung angesiedelt sind. Aus unterschiedlichen Perspektiven untersuchen beide die Lebenswirklichkeit erkrankter Menschen und orientieren sich dabei am bio-psycho-sozialen Menschenbild. Die medizinspsychologische Forschung beleuchtet eher die individuelle Wahrnehmung und Krankheitsverarbeitung des Patienten, während die Betonung in der Medizinsoziologie stärker auf den Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten des Patienten und dem sozialen Umfeld Krankenhaus sowie – auf übergeordneter Ebene – dem Gesundheitssystem liegt.

Entsprechend dem Motto des Kongresses wurden auch die Keynote-Speaker von den Fachgesellschaften und dem Gastgeber in Greifswald eingeladen. Sie alle berücksichtigen bei ihrer Arbeit in besonderer Weise den Kontext, also das Herstellen von Zusammenhängen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Mit ihrem Vortrag »Menschenmedizin – ein gelebtes Modell« stellten die Psychothera-

peutin Annina Hess-Cabalzar und der Internist und frühere Chefarzt des Krankenhauses Affoltern (Schweiz) Christian Hess ihr Krankenhausmodell vor, in dem neben naturwissenschaftlicher Medizin Erkenntnisse aus Philosophie, Ethik und Sozialwissenschaften patientennah zur Anwendung kommen.

»Den Nutzen, aber auch den Schaden ärztlicher Handlung trägt nicht der Arzt, sondern der Patient.«

Entgegen der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitssystem, die reduktionistische und materialistische Aspekte in der medizinischen Versorgung betont, vertreten die Referenten ein integrales Menschenbild, welches Körper, Seele und Geist wieder als untrennbare Einheit des menschlichen Lebens betrachtet und bei der Behandlung von Patienten eine zentrale Rolle einnimmt. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Referenten mehr als 20 Jahre lang eindrucksvoll bewiesen. Annina Hess-Cabalzar und Christian Hess haben ein entsprechendes Modell in einem öffentlichen Regionalkrankenhaus in der Schweiz etabliert

und gelebt und somit die Machbarkeit dieses theoretisch begründeten und praktisch gewünschten Ansatzes aufgezeigt.

Wichtiger Bestandteil einer Behandlungsentscheidung unter Einbezug des Patienten ist eine adäquate Risikobewertung und -kommunikation, denn: Den Nutzen, aber auch den Schaden ärztlicher Handlung trägt nicht der Arzt, sondern der Patient. Er kann im schlimmsten Falle an Behandlungsfehlern versterben. Der Problematik, dass unterschiedliche Formen der Risikodarstellung mit zum Teil fatalen Folgen für den Patienten möglich sind, ging Professor Gerd Gigerenzer in seinem Beitrag »Die Kunst der Risikokommunikation« nach. Er wies darauf hin, dass Risiken oftmals verdrängt und stattdessen Illusionen von Gewissheit erzeugt werden bzw. dass Risiken schwer verständlich und damit irreführend vermittelt werden. Die Prinzipien einer effizienten Risikokommunikation wurden vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Studien dargestellt.

Welchen Einfluss wirtschaftliche und politische Entwicklungen im Kontext der Globalisierung auf die Gesundheitssysteme verschiedener europäischer Länder haben, wurde von den Soziologieprofessoren Claus Wendt (Siegen) und Espen Dahl (Oslo, Norwegen) vorgestellt.

Professor Wendt hat untersucht, welche Formen der europäischen Gesundheitspolitik besser oder schlechter geeignet sind, um Patienten ausreichend zu versorgen und ihnen den Zugang zu medizinischen Behandlungen zu gewährleisten.

»Der unmittelbare Zugang zu medizinischen Behandlungen ist in den Ländern leichter, die weniger Regulierungsvorschriften aufweisen.«

Seine Ergebnisse zeigen, dass Länder, die wenig direkte Kontrolle ausüben und ihre Gesundheitspolitik weniger an Marktmechanismen orientieren, eine höhere Versorgung gewährleisten, aber auch höhere Gesundheitsausgaben schultern müssen. Der unmittelbare Zugang zu medizinischen Behandlungen ist in den Ländern leichter, die weniger Regulierungsvorschriften aufweisen. Professor Espen Dahl ging in seinem Vortrag der Frage zum Zusammenhang von ökonomischen Krisen und dem Gesundheitszustand einer Bevölkerung



Prof. Hannich (r.) im Gespräch mit Istvan Szillard (Ungarn) und Ashok Patil (Indien)

nach. Zu diesem Zwecke wurden bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten von Staaten Osteuropas, die infolge von Transformationsprozessen und wirtschaftlichen Umbrüchen eine tiefe Krise durchlaufen haben, herangezogen.

Sie wurden mit Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Wohlfahrtsstaaten Schweden und Finnland verglichen, als diese sich in den 1990er Jahren in einer wirtschaftlichen Rezession befanden. Besonderes Augenmerk lag dabei auf speziellen Dimensionen ökonomischer Krisen wie beispielsweise die Art der Krise und das Vorgehen der Wohlfahrtsstaaten mit ihren Strukturen auf diese Krisen zu reagieren.

Aus einer Kooperation des Greifswalder Instituts für Medizinische Psychologie mit der International Association of Rural Health and Medicine (IARM) und der European Association for Community Health Care (EACHC) ist die Veranstaltung »Intercultural Perspectives« entstanden. Die Kurzbeiträge aus diesem Symposium gingen inhaltlich auf die Notwendigkeit und auf die Möglichkeiten zur Ausbildung interkultureller Kompetenzen bei Ärzten und bei verwandten Berufssparten ein. Angesichts der zunehmenden Globalisierung und steigender Flüchtlings- und Einwandererzahlen ist zu erwarten, dass dieses Thema zukünftig immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Im Anschluss an die Hauptbeiträge der geladenen Keynote-Speaker wurden ca. 140 Präsentationen mit den aktuellen Forschungsergebnissen der angereisten Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen auf dem Kongress vorgestellt. Inhaltlich spiegelten diese Beiträge die wissenschaftliche Vielfalt beider Fachrichtungen wider. In der DGMP wurden

die Beiträge einem der folgenden aktiven Arbeitskreise zugeordnet: Entwicklungspsychologie; Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung; Sozialpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit; Psychosoziale Versorgungsforschung; Psychodiagnostik und Evaluation; Psychobiologie; Lehre; Kommunikationspsychologie und Arzt-Patient-Beziehung sowie Krankheitsverarbeitung. Die DGMS war mit folgenden Arbeitsgruppen auf dem Kongress vertreten: Kinder und Jugendliche; Prävention und Gesundheitsförderung; Sozialepidemiologie; Lehre; Wissenschaftlicher Nachwuchs; Psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit; Versorgungsforschung; Medizinsoziologische Theorie; Methoden sowie Frauen und Gesundheit.

Zusätzlich stand auch eine Mitgliederversammlung in beiden Fachgesellschaften auf dem Programm, in denen unter anderem die neuen Vorsitzenden gewählt wurden. In der DGMP hat Herr Professor Peter Kropp (Rostock) die langjährige Vorsitzende Professor Renate Deinzer (Gießen) abgelöst. In der DGMS wurde Professor Siegfried Geyer (Hannover) als Nachfolger von Professor Olaf von dem Knesebeck (Hamburg) gewählt.

Es war uns eine große Freude und Ehre den Kongress im Jahr 2014 in Greifswald ausrichten zu dürfen und wir danken allen Gästen für ihr Kommen. Der nächste gemeinsame Kongress wird im September 2016 in Berlin stattfinden.

Um die Erinnerung noch ein wenig wach zu halten, gibt es auf der Homepage der DGMP und der DGMS eine Fotogalerie zum gemeinsamen Kongress: dgmp-dgms-2014.de/



Publikationen (Auswahl)

- Brütt AL, Schulz H, Andreas S. Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. Die Rehabilitation. 2014;eFirst.
- Buchholz I, Kohlmann T. Deskriptoren und Prädiktoren von Reha-Zielen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2014; 64: 364-372.
- Buchholz I, Thielker K, Feng Y-S, Kupatz P, Kohlmann T. Measuring changes in health over time using EQ-5D 3L and 5L: a head-to-head comparison of measurement properties and sensitivity to change in a German inpatient rehabilitation sample. Qual Life Res. 2014 Oct 30. [Epub ahead of print]
- Bultmann JC, Beierlein V, Romer G, Möller B, Koch U, Bergelt C. Parental cancer: Health-related quality of life and current psychosocial support needs of cancer survivors and their children. International Journal of Cancer. 2014;135(11):2668-77.
- Deck, R., Glaser-Möller, N. (2014). Reha-Nachsorge. Aktuelle Entwicklungen. Lage: Jacobs Verlag
- Deck R, Hueppe A. Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. Rehabilitation 2014;53(5):305-12. Epub 2014/09/05.
- Deck R, Schramm S, Pohontsch JN, Hüppe A. Reha-Nachsorge – one size fits all? Analyse der Rehabilitanden, die nicht vom Reha-Nachsorgekonzept »neues Credo« profitieren. Rehabilitation 2014; 53: 1–8 (in press).
- Dirmaier J, Schulz H, Steinmann M, Watzke B, Volke E, Koch U, et al. Analyse von Daten der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) der stationären Rehabilitation bei depressiven Störungen [Data analysis based on the Classification of Therapeutic Procedures (CTL) of inpatient rehabilitation of depressive disorders]. Rehabilitation (Stuttg). 2014;53(2):94-101.
- Hintzpeter B, Metzner F, Pawils S, Bichmann H, Kamtsiuris P, Ravens-Sieberger U, et al. Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Kindheit und Entwicklung. 2014;23(4):229-38.
- Hölzel LP, Ries Z, Zill JM, Kriston L, Dirmaier J, Härter M, et al. Development and testing of culturally sensitive patient information material for Turkish, Polish, Russian and Italian migrants with depression or chronic low back pain (KULTINFO): study protocol for a double-blind randomized controlled trial. Trials. 2014;15(1):265. Epub 2014/07/06.
- Kivelitz L, Watzke B, Schulz H, Härter M, Melchior H. Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. Psychiatr Prax. 2014. Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie.
- Kohlmann T. Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2014;108(2-3):104-10
- Kühne F, Bergelt C, Romer G, Möller B. Eltern in palliativer Erkrankungssituation und ihre minderjährigen Kinder. Der Onkologe. 2014.
- Liebherz S, Rabung S. Do Patients' Symptoms and Interpersonal Problems Improve in Psychotherapeutic Hospital Treatment in Germany? – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2014;9(8):e105329. Epub 2014/08/21.
- Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. Journal of Clinical Oncology. 2014;32.
- Metzner F, Ravens-Sieberger U, Schwinn A, Lietz J, Pawils S. Prävention und Kinderschutz in der pädiatrischen Praxis – Kinderärzte als Akteure im Einladungs- und Meldewesen für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Gesundheitswesen. 2014.
- Mühlbacher AC, Junker U, Juhnke C, Stemmler E, Kohlmann T, Leverkus F, Nübling M. Chronic pain patients' treatment preferences: a discrete-choice experiment. Eur J Health Econ. 2014 Jun 21. [Epub ahead of print]
- Pöpl D, Deck R, Fries V, Stadter P, Wendel C. Ist die Erfassung und Beachtung von Resilienz als personbezogener Kontextfaktor in der ambulanten Neurorehabilitation sinnvoll? Akt Neurol. 2014;41(6):335-42.
- Pöppel D, Deck R, Kringler W, Reuther P. Strukturen und Prozesse in der aktuellen Neurorehabilitation. Rehabilitation. 2014;53(3):168-75.

- Quitmann J, Rohenkohl A, Sommer R, Petzold S, Bullinger M, die deutsche QoLISSY Kliniker Gruppe. Wie erleben betroffene Kinder und Jugendliche ihren Kleinwuchs, und wie ist die Sicht ihrer Eltern? *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 2014;63:635-48.
- Rath HM, Steimann M, Ullrich A, Rotsch M, Zurborn K-H, Koch U, et al. Psychometric properties of the Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM) in a cancer population. *Acta Oncologica*. 2014;1-11.
- Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KID-SCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*. 2014;23:791-803.
- Rohenkohl AC, Bullinger M, Quitmann J. Lebensqualität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Achondroplasie. *Der Orthopäde*. 2014;1-6.
- Sarkar S, Scherwath A, Schirmer L, Schulz-Kindermann F, Neumann K, Kruse M, et al. Fear of recurrence and its impact on quality of life in patients with hematological cancers in the course of allogeneic hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplantation*. 2014;49(9):1217-22.
- Sautier L, Mehnert A, Höcker A, Schilling G. Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact? *European Journal of Cancer Care*. 2014;23(1):140-8.
- Sautier L, Vehling S, Mehnert A. Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47(1):181-8. Epub 2013/07/09.
- Scheffold K, Mehnert A, Müller V, Koch U, Härter M, Vehling S. Sources of meaning in cancer patients – influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*. 2014;23:472-80.
- Scholl I, Nicolai J, Pahlke S, Kriston L, Krupat E, Härter M. The German version of the Four Habits Coding Scheme – Association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Education and Counseling*. 2014;94:224-9. Epub 2013/11/30.
- Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. *PLoS One*. 2014;9(9):e107828.
- Schramm S, Himstedt C, Deck R. Aufbau eines bundesweiten webbasierten Zentrums »Reha-Nachsorge« (ZeReNa): Status Quo. In: Deck R, Glaser-Möller N, editors. *Reha-Nachsorge*. Lage: Jacobs Verlag; 2014. p. 35-45.
- Schramm S, Hüppe A, Jürgensen M, Deck R. Begleitete Eigeninitiative nach der Reha (»Neues Credo«) – Langzeitergebnisse der quasiexperimentellen Interventionsstudie. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2014;53(5):297-304. Epub 2014/01/07
- Schwalm A, Feng Y-S, Kohlmann T, Moock J. Differences in EQ-5D-3L health state valuations among patients with musculoskeletal diseases, health care professionals and healthy volunteers. *Eur J Health Econ*. 2014 Oct 5. [Epub ahead of print]
- Tlach L, Wüsten C, Daubmann A, Liebherz S, Härter M, Dirmaier J. Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. *Health Expectations*. 2014;n/a-n/a.
- van den Bussche H, Heinen I, Koller D, Wiese B, Hansen H, Schäfer I, et al. Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2014;47(5):403-9.
- Walther A. L., Deck R. Unterschiedliche Ausgangsbelastungen in der medizinischen Rehabilitation: Möglichkeiten der Flexibilisierung am Beispiel der Reha-Nachsorge *Rehabilitation* 2014; 53:1-7 (in press).
- Walther AL, Pohontsch NJ, Deck R. Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. *Gesundheitswesen*. 2014. Epub 2014/07/15.
- Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, König HH, Wegscheider K, Schulz H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):230.

Rehawissenschaftliche Arbeitskreise & Kolloquien

- 13.01.2015 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: »Definition und Messung patientenzentrierter Versorgung«. Referenten: Dr. Isabelle Scholl, Jödis Zill, Dr. Jörg Dirmaier, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Gebäude N55, 2. OG, Seminarraum 210/211, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00–17:30.
- 20.01.2015 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: »Kognitive Funktionsstörungen bei Patienten mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation«. Referentin: Dr. Angela Scherwath, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Gebäude N55, 2. OG, Seminarraum 210/211, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00–17:30.
- 03.02.2015 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: »Versorgungsforschung in Deutschland – Status Quo und Entwicklungsperspektiven«. Referent: Prof. Dr. Holger Pfaff, Universitätsklinikum Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR). Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Gebäude N55, 2. OG, Seminarraum 210/211, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00–17:30.
- 17.02.2015 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**
Thema: Health Technology Assessment von komplexen Verfahren EU-Projekt »INTEGRATE-HTA«. Referent: Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Gebäude N55, 2. OG, Seminarraum 210/211, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00–17:30.
- 26.02.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: »Teamarbeit in der medizinischen Reha«. Referentin: B. Schwarz. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00
- 11.03.2015 Sozialmedizinisches Kolloquium**
Thema: »Gesetz zur Förderung der Prävention«. Referent: Prof. A. Gerhardus. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00
- 24.03.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**
Thema: »Priorisierung in der Reha«. Referent: N.N.¹ Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik, Moorbad, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00–18:00
- 04.06.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**
Thema: »Fachkräftemangel in der medizinischen Reha«. Referenten: I. Buchholz, P. Kupatz. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00
- 10.06.2015 Sozialmedizinisches Kolloquium**
Thema: »Krankenhausversorgung der Zukunft«. Referentin: Frau Dr. Buck, Abt. Leiterin im Sozialministerium. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00

Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**23.06.2015**

Thema: »Sturzmanagement und Sturzprävention in der Reha«. Referent: N.N.¹ Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00–18:00

Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**01.09.2015**

Thema: »Bedeutung des Präventionsgesetzes für die Rehabilitation«. Referent: N.N.¹ Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00–18:00

Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**03.09.2015**

Thema: »Versorgungserwartungen von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund«. Referenten: J. Langbrandtner, Y. Yilmaz Aslan. Ort: Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00

Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**01.12.2015**

Thema: »Geschichte der Reha-Medizin/Evidenzbasierte Phytotherapie«. Referent: N.N.¹ Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00–18:00

Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**03.12.2015**

Thema: »Homepage zur medizinischen Rehabilitation für niedergelassene Ärzte«. Referenten: N. Glaser-Möller, C. Schäfer, C. Cordts. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 c.t. – 18:00

Nationale und internationale Konferenzen & Kongresse

16. Jahrestag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. Thema: »EbM zwischen Best Practice und inflationärem Gebrauch«. Ort: Berlin. Web: www.ebm-kongress.de **13.03.2014 – 14.03.2015**

24. Reha-Kolloquium 2015 Thema: »Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation«. Ort: Augsburg. Web: www.reha-kolloquium.de **16.03.2015 – 18.03.2015**

7. Rehakongress. Thema: »Herz und Lunge – Reha am Puls der Zeit« Ort: Heidelberg. Web: www.rehakongress.de **06.05.2015 – 08.05.2015**

Hauptstadtkongress. Thema: »Medizin und Gesundheit«. Ort: Berlin. Web: www.hauptstadtkongress.de **10.06.2015 – 12.06.2015**

9th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. Ort: Berlin. Web: www.isprm2015.org **19.06.2015 – 23.06.2015**

¹ Referenten werden auf der Homepage des *vffr* (www.reha-vffr.de) und am Ende jeder Sitzung bekannt gegeben. Sollten Sie im Verteiler des Arbeitskreises sein, erhalten Sie per Mail eine Erinnerung an das bevorstehende Treffen. Zur Anmeldung für den Verteiler wenden Sie sich an Frau Aurell: gaby.aurell@uni-greifswald.de

**VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER
REHABILITATIONSFORSCHUNG
IN HAMBURG, MECKLEN-
BURG-VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.**

Anschrift:
Deutsche Rentenversicherung
Nord
Ziegelstraße 150
23566 Lübeck

Geschäftsstelle:
Dr. Nathalie Glaser-Möller
Telefon: 0451/485-10100
Fax: 0451/485-2910100
E-Mail: nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de

**Wissenschaftliches
Sekretariat:**
PD Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
Haus 50
23538 Lübeck
Telefon: 0451/500-5847
Fax: 0451/500-5872
E-Mail: ruth.deck@uk-sh.de

**Methodenzentrum
Mecklenburg-Vorpommern:**
Dipl.-Psych. Ines Buchholz
Abteilung Methoden der
Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Str. 48
17475 Greifswald
Tel. 03834/ 86 7780
Fax. 03834/ 86 7766
E-Mail: ines.buchholz@uni-greifswald.de

**Methodenzentrum
Hamburg:**
Dr. Angela Buchholz
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, Haus W26
20246 Hamburg
Telefon: 040/7410-57705
Fax: 040/7410-54940
E-Mail: a.buchholz@uke.de

