

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

vffr - news

Themenschwerpunkt
Nutzung neuer Medien in der Rehabilitation

1 / 2015



Ausgabe Nr. 16



INHALTSVERZEICHNIS

Neues aus dem vffr	04
Abgeschlossene vffr -Projekte 2014.....	04
Beiträge zum Themenschwerpunkt	13
Wie patientennah sollte eine Telemedizin sein? Ein paar ethische Gedanken.....	13
Erfahrungen mit Liveonline in verschiedenen Kontexten.....	15
Nutzung neuer Medien in der medizinischen Rehabilitation – ein Meinungsbild	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: Catherine Maschler; Angela Buchholz; Quellennachweis: ©fotolia: 50889942; Rückseite: ©Getty Images: Hemera

Erscheinungshinweise:

Die *vffr-news*, das Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg - Vorpommern und Schleswig-Holstein, erscheint zweimal jährlich. 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,**

wir freuen uns, Ihnen die 16. Ausgabe der *vffr*-news präsentieren zu können. Nach einem Überblick über aktuelle Aktivitäten des *vffr* und die in 2014 vom *vffr* geförderten Forschungsprojekte erwarten Sie drei Beiträge zum Themenschwerpunkt »Nutzung neuer Medien in der Rehabilitation«. Dies ist bei weitem kein neues Thema – so stand bereits im Jahr 2013 das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium unter dem Thema »Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?«. Auch beim letzten Reha-Symposium des *vffr* desselben Jahres wurden unter dem Oberthema »Reha-Nachsorge« viele Projekte vorgestellt und diskutiert, die den Einsatz neuer Medien im Rahmen der Reha-Nachsorge eingesetzt und evaluiert haben. Anfang des Jahres hat auch die Bundesärztekammer ein Positionspapier »Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung« herausgebracht, in dem Voraussetzungen und Anwendungsgebiete telemedizinischer Versorgung aus ärztlicher Sicht dargestellt werden. Unserer Meinung nach war es dennoch an der Zeit für ein kleines Zwischenfazit. Die aktuelle politische und öffentliche Diskussion um Vorratsdatenspeicherung, Big Data und NSA-Überwachung hat die in Deutschland ohnehin größere Skepsis in Bezug auf Datensicherheit und Datenschutz sicherlich vergrößert. Dies könnte sich auch auf die Akzeptanz webbasierter Therapieangebote niederschlagen.

Dr. Tobias Fischer greift mögliche ethische Bedenken zur Telemedizin auf und thematisiert dabei, wie patientennah Telemedizin denn eigentlich sein soll. Hält sie das, was sie verspricht oder soll sie nicht doch langfristig den menschlichen Kontakt ersetzen? Will eigentlich jeder Patient seinen Therapeuten in sein privates Wohnzimmer hineinlassen und ist das wirklich notwendig?

Im zweiten Beitrag beschreibt Dr. Jürgen Theissing Erfahrungen mit live-online, einer webbasierten, interaktiven und synchronen Kommunikationsform, die die Durchführung von Seminaren »live« und »online« ermöglicht: Teilnehmer können sich in einen virtuellen Kursraum zuschalten und dort Seminaren folgen. Wurden in anderen Gesundheitsbereichen, v.a. Prävention, durchweg gute Erfah-

rungen mit dem Konzept gemacht, war die Inanspruchnahme zur Reha-Nachsorge geringer als zuvor gedacht. Schwierigkeiten betrafen hier die Terminfindung, aber auch fehlende technische Nutzungsvoraussetzungen. Besonders für ältere Patienten scheint der Zugang zu dieser neuen Kommunikationsform schwieriger zu sein. Speziell für diese Altersgruppe werden Wirksamkeit, Akzeptanz und Nutzen des Programms derzeit in einer groß angelegten Studie untersucht.

Um ein Meinungsbild über die Nutzung neuer Medien und deren Implementierung im *vffr*-Gebiet zu erhalten, hat die Redaktion des *vffr* Leiter von Rehakliniken im norddeutschen Raum mithilfe einer kurzen Befragung nach wahrgenommenen Vor- und Nachteilen der Nutzung neuer Medien sowie dem derzeitigen Implementierungsstand befragt. Auch hier ergab sich ein gemischtes Fazit.

Ines Buchholz berichtet über das diesjährige Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium, welches unter dem Thema »Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation« in Augsburg durchgeführt wurde.

Abschließend finden Sie wie gewohnt eine Darstellung aktueller Publikationen mit Reha-bezug aus dem norddeutschen Raum sowie Veranstaltungstermine für das kommende Halbjahr. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen, eine ruhige und erholsame Sommerzeit und eine erfolgreiche zweite Jahreshälfte.

Dr. Angela Buchholz
für die Redaktion



Neues aus dem vffr

Im ersten Abschnitt der news berichten wir Ihnen Neuigkeiten aus dem vffr. Die wichtigste Veränderung ist, dass das bisher praktizierte Antragsverfahren zu Beginn des Jahres umgestellt wurde. Der Antrag bzw. die Antragsskizze wird jetzt nicht mehr beim vffr, sondern bei einem potentiellen Förderer, in der Regel die DRV Nord, eingereicht, der bei positivem Votum des vffr-Vorstands das Projekt direkt fördert, vorausgesetzt, es geht dabei um eine Forschungsfrage mit Bezug zu den Rehabilitationsleistungen des entsprechenden Förderers. Für Fragen in Bezug auf die Fördermöglichkeiten der DRV Nord steht Ihnen Frau Dr. Glaser-Möller gerne zur Verfügung. Die Frist von 6 Wochen für die Einreichung einer Antragsskizze oder eines Antrags gilt weiterhin.

Für die methodische Beratung in Zusammenhang mit einer Antragsskizze, einem Antrag oder bei der Projektdurchführung stehen Ihnen nach wie vor die regionalen Methodenzentren in Hamburg (Frau Dr. Angela Buchholz) und in Greifswald (Frau Dipl.-Psych. Ines Buchholz) sowie das wissenschaftliche Sekretariat in Lübeck (Frau PD Dr. Ruth Deck) zur Verfügung.

Die Sitzungstermine für das zweite Halbjahr 2015 stehen bereits fest. Vorstandssitzungen sind geplant am **11. August** sowie am **10. November 2015**. Die Mitgliederversammlung des vffr findet am **11. August um 16:30 Uhr** statt. Dementsprechend ist die Frist für einzureichende Antragsskizzen oder Anträge der 1. Juli 2015 bzw. der 1. Oktober 2015.

Abgeschlossene vffr-Projekte 2014

Patienten-Edukations-Programm Immuntherapie für MS-Patienten (PEPIMS) - eine kontrollierte, rater-verblindete Studie

PROJEKTLEITUNG	Professor Dr. Christoph Heesen, Professor Dr. Sascha Köpke
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Neuroimmunologie und Klinische Multiple Sklerose Forschung
PROJEKT-NR.	140
DAUER	32 Monate
KOOPERATIONEN	Segeberger Kliniken, RehaCentrum Hamburg, Quellenhof, Bad Wildbad
HINTERGRUND	Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste zu Behinderungen führende chronisch-entzündliche Erkrankung des Nervensystems, die junge Erwachsene in ihren produktivsten Jahren trifft. Entscheidungen über Immuntherapien sind zentrale Entscheidungssituationen für Menschen mit MS. Ausgewogene, evidenz-basierte Informationen als Voraussetzung für informierte und partizipative Entscheidungen fehlen jedoch weitgehend.
ZIELSETZUNG	Ziel der Studie war die Entwicklung und Evaluation eines interaktiven Schulungs- und Informationsprogramms zum Thema »Immuntherapie der MS«. Es wurde erwartet, dass 1. relevantes Risikowissen und informierte Entscheidungen erhöht, 2. Kontrollgefühl, Entscheidungsautonomie und Zufriedenheit gesteigert, 3. Angst und Depressivität reduziert sowie 4. bei Entscheidung für eine Immuntherapie eine bessere Compliance mit dem Therapieregime erreicht werden.

In die prospektive, multizentrische, kontrollierte und rater-verblindete Studie mit fünf Messzeitpunkten wurden Patienten mit einer geringen bis mäßigen Beeinträchtigung eingeschlossen. Zunächst wurde die Kontrollgruppe (KG, $N = 83$), danach die Interventionsgruppe (IG, $N = 80$) rekrutiert. Patienten der IG erhielten eine ausführliche Informationsbroschüre und ein zweiteiliges Schulungsprogramm, Patienten der KG eine Standardrehabilitation. Hauptzielkriterium ist die »Informierte Entscheidung« über den Beginn bzw. die Beibehaltung einer Immuntherapie. Postalische bzw. telefonische Patientenbefragungen fanden zu vier Messzeitpunkten statt. Die sechsmonatige Nachbeobachtungsphase haben 146 Patienten beendet.

METHODIK

Ein Effekt auf den primären Studienendpunkt »Informierte Entscheidung«, bestehend aus moderatem Risikowissen, Intention zur Therapieaufnahme und tatsächlicher Therapieaufnahme, konnte gezeigt werden. In der Interventionsgruppe fanden sich gegenüber der Kontrollgruppe absolut 24,5 % mehr Teilnehmer mit informierten Entscheidungen. Psychologische Faktoren, wie z. B. im Konzept des »Planned Behavior in MS (PBMS)« abgebildet, die Selbstwirksamkeit oder auch Dimensionen der Lebensqualität wurden durch die Schulung nicht offensichtlich beeinflusst. Allerdings fanden sich Unterschiede im Bereich von Angst und Depressivität, die jedoch wahrscheinlich auf eine partiell selektive Rekrutierung zurückzuführen sind.

ERGEBNIS

Eine methodische Schwäche ist im nicht-randomisierten Studiendesign zu sehen. Die verschiedenen Ergebnisse weisen auf eine zumindest partiell selektive Rekrutierung hin. Inhaltlich ergaben Feedback-Telefonate sowohl positive Rückmeldungen der Teilnehmer, die die Schulung als sehr wertvoll für die Entscheidungsfindung ansahen, jedoch auch negative Anmerkungen. So wurden die komplexen Schulungsinhalte auch als belastend empfunden. Hier wird die Begrenzung des Ansatzes deutlich, bei dem eine ausführliche Einführung in die evidenzbasierte Medizin bzw. Patienteninformation innerhalb eines zweistündigen Einführungsmoduls geleistet wurde.

DISKUSSION

Eine direkte Implementierbarkeit erscheint schwierig, gerade weil die komplexen Inhalte, die für eine informierte Entscheidung über Immuntherapien notwendig sind, eines größeren Lernzusammenhangs bedürfen. Eine aktuelle Studie fokussierte daher über die Bereitstellung von EBPI hinaus nicht Gruppenschulungen, sondern individuelle, möglichst gut standardisierte Coachings durch weitergebildete MS-Nurses. Dieses Programm wird derzeit entwickelt und soll in einer Cluster-randomisierten Studie evaluiert werden.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Evaluation der beruflichen Reintegration nach hämatologischer Stammzellentransplantation – Kontextfaktoren und Beratungsrealität

PD Dr. Christine Petersen-Benz, PD Dr. Ruth Deck, Prof. Dr. Heiner Raspe
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
142
43 Monate

Rehakliniken: Röpersbergklinik Ratzeburg, Klinik Sonneneck Föhr, Strandklinik Boltenhagen, Reha-Klinik Ahrenshoop, Reha-Klinik Nordfriesland, Klinik Bavaria Kreisch

PROJEKTLEITUNG**EINRICHTUNG****PROJEKT-NR.****DAUER****KOOPERATIONEN**

Bisherige Untersuchungen weisen darauf hin, dass hämatologisch-onkologische Patienten in Deutschland nur zu einem geringen Prozentsatz von Maßnahmen zur beruflichen Reintegration profitieren. Die Ursachen hierfür konnten bisher nicht hinreichend geklärt werden. Da sich die Rekonvaleszenz nach Stammzelltransplantation über einen im Vergleich zu anderen Erkrankungen wesentlich längeren Zeitraum erstreckt, liegt die Vermutung nahe, dass die rehabili-

HINTERGRUND

tativen Maßnahmen an Nachhaltigkeit gewinnen müssten, um erfolgreich zu sein. Die Studie soll Aufschluss über die aktuelle Beratungsrealität und die hierbei relevanten Kontextfaktoren sowie über deren Bewertung von Seiten der Betroffenen geben.

1. Sind Patienten, die im Anschluss an eine Stammzell-Transplantation erstmalig rehabilitiert werden, in einem psychischen und physischen Zustand, der es ihnen erlaubt, sich mit ihren beruflichen Perspektiven auseinanderzusetzen? Erhalten die Patienten berufsbezogene Beratungen und erfolgen bereits zu diesem Zeitpunkt konkrete Maßnahmen zur beruflichen Reintegration?
2. Werden die von der Reha-Klinik eingeleiteten begleitenden Therapiemaßnahmen im ambulanten Sektor fortgesetzt?
3. Werden in der sich an die Reha anschließenden Phase weitergehende Maßnahmen zur beruflichen Reintegration veranlasst, so dass es zur Durchführung konkreter Wiedereingliederungsmaßnahmen kommt?

METHODIK Es handelt sich um eine prospektiv durchgeführte Längsschnitt-Erhebung mit vier Messzeitpunkten. Die erste Befragung der Studienteilnehmer erfolgte noch während der Rehabilitationsmaßnahme (T1). Für die weiteren Befragungen wurden die Studienteilnehmer nach 6, 12 und 24 Monaten postalisch kontaktiert (T2 – T4). Die Fragebögen wurden so konzipiert, dass das tatsächlich von den Patienten in Anspruch genommene Beratungsangebot im Zeitverlauf erfasst wurde. Parallel erfolgte eine Erfassung physischer und psychischer Begleitfaktoren. Zu Studienbeginn lagen $N = 56$, zum Studienende $N = 36$ komplette Datensätze vor. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und hypothesengenerierend, es wurden Subgruppenanalysen für autolog bzw. allogene transplantierte Patienten durchgeführt.

ERGEBNISSE Die Analyse der aktuellen Beratungsrealität ergab ein stark auf die initiale Phase der stationären Rehabilitation fokussiertes Angebot berufsbezogener Beratungen. Es wird von stammzelltransplantierten Patienten insgesamt als inhaltlich umfassendes und zeitgerechtes Angebot bewertet. Die berufsbezogenen Beratungen während der Rehabilitation zogen nur bei wenigen Patienten konkrete Maßnahmen zur beruflichen Reintegration nach sich. Von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen erfolgte nur selten eine Kontaktaufnahme zu weiter beratenden Stellen am Wohnort bzw. am Arbeitsplatz der Patienten. Flankierende Begleitbehandlungen zur Unterstützung des Regenerationsprozesses nach abgeschlossener stationärer Rehabilitation fokussierten sich auf physiotherapeutische Therapien. Sie wurden von den Patienten als sehr nutzbringend bewertet. Nach Abschluss der stationären Rehabilitation kam es nach autologer Transplantation zumeist zu einer zügigen beruflichen Reintegration, so dass längerfristig in der Regel keine berufsbezogenen Beratungen mehr erforderlich waren. Im Gegensatz hierzu bestand nach allogener Transplantation häufiger ein langes Intervall zwischen Rehabilitationsmaßnahme und tatsächlicher Wiedereingliederung bzw. Berentung. In dieser Situation erfolgten nur noch in wenigen Fällen berufsbezogene Beratungen. Eine Begleitung der beruflichen Reintegration von Seiten betriebsärztlicher oder integrationsamtlicher Dienste war in der Regel nicht gewährleistet.

DISKUSSION Die Beratungen von Stammzelltransplantierten Patienten haben vorwiegend informativen Charakter und werden nur selten von konkreten Maßnahmen zur Anbahnung des Wiedereingliederungsprozesses begleitet. Bei allogenen Transplantierten besteht zudem aufgrund des langwierigeren Regenerationsprozesses z. T. eine große zeitliche Lücke zwischen der initialen Beratung und dem beruflichen Wiedereinstieg. Für diese Patienten ist in vielen Fällen keine ausreichende berufsbezogene Beratungssituation gewährleistet. Hier sollte zukünftig bereits im Rahmen der stationären Rehabilitation um das Einverständnis des Patienten geworben werden, bei noch vorhandenem Arbeitsplatz eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem zuständigen betriebsärztlichen Dienst anzubahnen. Die Unterstützungsmaßnahmen zur Erholung von therapieassoziierten physischen und psychischen Langzeitkomplikationen fokussieren sich aktuell schwer-

punktmäßig auf physiotherapeutische Begleitbehandlungen. Da jedoch auch psychologische und kognitive Einschränkungen in relevantem Maße vorhanden waren, sollten diese Aspekte sowohl im Rahmen der Rehabilitation als auch bei der Arbeitsgestaltung langfristig mehr Berücksichtigung finden.

Die Studie zeigt, dass individualisierte Lösungen ein hohes Potential für einen gelingenden Reintegrationsprozess besitzen. Diesbezüglich wäre zu überprüfen, ob eine intensivere Einbeziehung betriebsärztlicher Dienste zukünftig zu einer Optimierung des Reintegrationsprozesses beitragen könnte. Unter Berücksichtigung der nach allogener Transplantation häufig erst nach ein bis zweijähriger Latenz einsetzenden beruflichen Reintegration, ist eine Optimierung dieses Prozesses nur durch eine im ambulanten Sektor verbesserte Vernetzung medizinischer, sozialdienstlicher, betriebsärztlicher und ggf. integrationsdienstlicher Aktivitäten erreichbar.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Geriatrische Rehabilitation – eine Analyse der Angebote in Schleswig-Holstein, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz (GeriPro)

Prof. Ilse Heberlein, Frau Karina Bleuel, PD Dr. Ruth Deck
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
151
26 Monate
Geriatrische Kliniken der vier Bundesländer

PROJEKTLEITUNG
EINRICHTUNG
PROJEKT-NR.
DAUER
KOOPERATIONEN

Das Projekt »Geriatrische Rehabilitation – eine Analyse der Angebote in Schleswig-Holstein (SH), Hessen (H), Mecklenburg-Vorpommern (MP) und Rheinland-Pfalz (RP)« setzt sich mit der demographischen Entwicklung sowie dem Umgang mit dem geriatrischen Patienten sowie dessen Versorgungsstrukturen und Zielen auseinander. Da es keine konkreten bundeseinheitlichen Vorgaben zur Versorgung des geriatrischen Patienten gibt, erfolgt die Planung und Zielsetzung durch das jeweilige Geriatrie-Programm der einzelnen Bundesländer. Als Grundlagen der geriatrischen Rehabilitation gelten für die Bundesländer unterschiedliche Vorschriften. Aufgrund dieser Inhomogenität ist es bisher nur bedingt gelungen, ein realistisches Abbild geriatrischer Versorgungsstrukturen zu ermitteln.

HINTERGRUND

Analyse von aktuellen Zahlen zur Situation der geriatrischen Rehabilitation. Darstellung der Konzepte der jeweiligen Bundesländer und deren Umsetzung. Schwerpunkt hierbei ist insbesondere die Analyse von ambulanten Versorgungsangeboten sowie mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote.

ZIELSETZUNG

Die Literaturrecherche erfolgte sowohl systematisch als auch nach dem »Schneeballsystem« in Onlinebibliotheken und fachlich einschlägigen Internetportalen. Danach wurde eine Checkliste erstellt: Ermittelt wurden die quantitativen Daten zu geriatrischen Strukturen der einzelnen Bundesländer. Insbesondere strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser und Qualitätsberichte der Rehabilitationseinrichtungen wurden analysiert. Des Weiteren wurden die Internetauftritte der jeweiligen Einrichtungen ausgewertet. Zusätzlich erfolgte die Durchführung von Experteninterviews. Diese wurden sowohl mit geriatrisch klinisch tätigen Vertretern als auch mit Vertretern der jeweiligen Landesministerien und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen geführt.

METHODIK

Alle vier Bundesländer bieten stationäre sowie teilstationäre geriatrische Rehabilitation an. In Hessen und Schleswig-Holstein findet diese in erster Linie im Rahmen eines Krankenhausauf-

ERGEBNIS

enthaltet (§107 Abs. 1 SGB V) fallabschließend statt. Schleswig-Holstein und Hessen bieten an mehreren Standorten ambulante geriatrische Rehabilitation an. Hessen weist zusätzlich zwei Rehabilitationseinrichtungen, welche nicht im Krankenhausplan verankert sind, auf. In beiden Bundesländern gibt es, teils als Modellprojekt, mobile geriatrische Rehabilitation. In Rheinland-Pfalz finden sich, ausgewiesen durch den aktuellen Geriatrieplan, sowohl geriatrische Einheiten auf dem akuten als auch auf dem Reha-Sektor. Der Akutsektor ist mit dem neuen Geriatriekonzept deutlich aufgewertet worden. Die ambulante geriatrische Versorgung übernimmt in Rheinland-Pfalz der Hausarzt. Mobile geriatrische Rehabilitation findet nicht statt. Mecklenburg-Vorpommern führt seine (akut-)stationären Betten bis auf zwei Ausnahmen nicht gesondert im Krankenhausplan auf. Erfüllen Krankenhäuser und deren Fachabteilungen geriatrische Standards, welche in OPS 8-550 hinterlegt sind, so dürfen diese geriatrische (Früh-)Rehabilitation anbieten. Ambulante geriatrische Versorgung und auch mobile geriatrische Rehabilitation finden, z.T. als »innovative Vertragsmodelle« statt. Mecklenburg-Vorpommern befindet sich aktuell im Umbruch und wird im Rahmen einer Dissertation erneut speziell analysiert.

DISKUSSION Diskutiert werden muss, inwiefern die aktuellen Geriatriekonzepte der steigenden Anzahl von potentiell geriatrischen Patienten tatsächlich gerecht werden und ob insbesondere die Strukturen in Mecklenburg-Vorpommern die nötige Transparenz hierzu liefert. Auch wird nicht immer deutlich, inwiefern Geriatrie in nicht »Fachabteilungen« auch qualitativ gleichwertig wie dafür vorgesehene »Stationen« arbeiten. Weiterhin ist fraglich, ob dem Grundsatz »ambulant vor stationär« ausreichend nachgekommen wird und inwiefern sich der Hausarzt tatsächlich im geriatrischen Versorgungssystem wiederfindet.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS Geriatrische Rehabilitation ist in erster Linie auf dem stationären Sektor, bzw. als Tagesklinik fallabschließend angesiedelt. Ambulante geriatrische Angebote finden sich nur bedingt, insbesondere hier muss eine Weiterentwicklung stattfinden. Mobile geriatrische Rehabilitation findet zwar vereinzelt in Schleswig-Holstein und Hessen statt, ist aber laut Expertenmeinung mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden und zu kostenintensiv, um es flächendeckend anzubieten. Dies führt zu einer Benachteiligung von Patienten, welche aufgrund von psychischen bzw. stark somatischen Einschränkungen (z. B. Blindheit) nicht am Gemeinschaftsleben teilnehmen können.

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivität und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.

PROJEKTLÉITUNG	Dr. Anna Levke Brütt, Prof. Holger Schulz
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
PROJEKT-NR.	173
DAUER	18 Monate
KOOPERATIONEN	Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Curtius Klinik Bad Malente; Segeberger Kliniken GmbH; Klinik am Homberg, Bad Wildungen; Wicker Klinik, Bad Wildungen
HIINTERGRUND	In dem vorangehenden Projekt »Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation« wurden 56 Items zusammengestellt (Risiko- und Ressourcencheckliste, RiRes-56), mit deren Hilfe aus Patienten- und Therapeuteneinschätzungen individuelle Risikowerte bestimmt werden können, die einen ungünstigen poststationären Verlauf hinsichtlich Aktivitäten und Partizipation anzeigen könnten. Um die Risiko- und

Ressourcencheckliste (RiRes-56) für die Praxis nutzbar zu machen, war es notwendig, die Risikocheckliste zu reduzieren und in einem weiteren Schritt die prognostische Validität zu prüfen.

Die zentralen Ziele des Projekts sind die Kürzung der Checkliste und die Prüfung der prognostischen Validität der verkürzten Risiko- und Ressourcencheckliste.

ZIELSETZUNG

1. Kann eine empirische und inhaltlich begründete Reduktion der Items der Risikocheckliste erfolgen?
2. Können die zur verkürzten Risiko- und Ressourcencheckliste zusammengefassten Items den Verlauf von Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe nach einer stationären psychotherapeutischen Behandlung vorhersagen?

Es handelt sich um eine multizentrische prospektive Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten. Die Patienten wurden in vier kooperierenden Kliniken konsekutiv rekrutiert. Die Befragung der Patienten erfolgte mittels eines Fragebogens zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach der stationären psychosomatischen / psychotherapeutischen Behandlung. Zusätzlich wurden auch Einschätzungen der behandelnden Therapeuten erhoben. Die Therapeuten füllten die Risiko- und Ressourcencheckliste für die von ihnen behandelten Patienten einmalig etwa zwei Wochen nach Behandlungsbeginn aus.

METHODIK

Im Projekt konnte die Risiko- und Ressourcencheckliste deutlich reduziert werden (RiRes-20), sie enthält 20 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie allgemeinen Angaben. Die Therapeutenversion umfasst 10 Items. Die ausgewählten 20 Items der Patientenversion und die 10 Items der Therapeutenversion der Risiko- und Ressourcencheckliste wurden hinsichtlich ihrer prognostischen Validität geprüft. Die Ergebnisse der linearen Regression zeigen eine gute Varianzaufklärung. Es wurden drei Möglichkeiten zur Auswertung der Patientenversion der Risiko- und Ressourcencheckliste sowie zur Definition von Cut-off-Werten als Grundlage für therapeutische Empfehlungen abgeleitet. Mit Hilfe der entwickelten Risiko- und Ressourcencheckliste sollen nun Patienten mit ungünstigen Erfolgsaussichten frühzeitig identifiziert werden, um ihre Therapie anpassen und möglicherweise effizienter gestalten zu können.

ERGEBNIS

Durch die Risiko- und Ressourcencheckliste ist es möglich, gemeinsam mit kooperierenden Kliniken ein Behandlungskonzept zu entwickeln, das die durch die Checkliste identifizierten Risiken und Ressourcen aufgreift. Im Folgenden könnte die Wirksamkeit der risikoorientierten Behandlungskonzepte in einem kontrollierten Design untersucht werden. Sollte sich das an individuellen Risiken orientierte Behandlungskonzept als wirksam erweisen, könnte es auf andere Rehabilitationskliniken übertragen werden.

DISKUSSION

Es steht eine psychometrisch überprüfte Risiko- und Ressourcenliste zur Verfügung, die Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe bei Patienten nach psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung vorhersagen kann. Kenntnisse über die Prädiktoren, besonders für Behandlungsmisserfolg, bieten die Möglichkeit, die Rehabilitation an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen. In einem nun folgenden durch den *vffr* geförderten Projekt werden risikoorientierte Behandlungskonzepte entwickelt.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Metakognitives Training bei Depressionen (D-MKT): Evaluation eines neuartigen Gruppentherapieansatzes

PROJEKTLEITUNG	PD Dr. Lena Jelinek, Prof. Steffen Moritz
EINRICHTUNG	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
PROJEKT-NR.	161
DAUER	27 Monate
KOOPERATIONEN	RehaCentrum Hamburg des Klinikums Bad Bramstedt

HINTERGRUND Die Prävalenz depressiver Erkrankungen nimmt zu, Engpässe in der stationären und ambulanten Versorgung sind zu vermuten. Die Ergänzung bestehender Angebote durch ambulante psychosomatische Rehabilitationskonzepte könnte ein vielversprechender Ansatz sein, einer Versorgungslücke zu begegnen. In den bestehenden Interventionsangeboten werden nur selten (meta)kognitive Verzerrungen berücksichtigt. Hier erscheinen neuartige Konzepte von besonderer Relevanz, die bestehende Therapieangebote ergänzen, niedrigschwellig in offenen Settings einsetzbar sind und bei depressiven Patienten nachhaltig und rückfallpräventiv wirken, indem sie bei den metakognitiven Auffälligkeiten ansetzen. Um die beschriebenen strukturellen und inhaltlichen Lücken bestehender Therapiekonzepte zu verringern, wurde das Metakognitive Training bei Depressionen (D-MKT) entwickelt. Die Modulinhaltliche sind aus der Depressionsforschung theoretisch abgeleitet und basieren auf Erkenntnissen der kognitiven Grundlagenforschung sowie anerkannten kognitiven Konzepten zur Ätiologie und Behandlung von Depression.

ZIELSETZUNG Evaluation des Metakognitiven Trainings für Depression (D-MKT) auf seine Wirksamkeit bei Patienten im ambulanten psychosomatischen Reha-Setting. Es wird erwartet, dass die Teilnahme am D-MKT im Vergleich zur gedeckten Standardbehandlung im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation kurz- sowie mittelfristig zu einer signifikant stärkeren Reduktion der depressiven Symptomatik sowie der dysfunktionalen Denkmuster führt. Darüber hinaus wird erwartet, dass Selbstwert und Lebensqualität durch die Teilnahme am D-MKT gesteigert werden können.

METHODIK Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte und Untersucherblindete Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten. Die Patientenrekrutierung erfolgte konsekutiv über die psychosomatische Abteilung des RehaCentrum Hamburg. Eingeschlossen wurden alle erwachsenen Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren, mit der Diagnose einer depressiven Störung nach DSM-IV und aktuellen depressiven Symptomen, die eine ambulante psychosomatische Rehabilitation antraten. Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität und lebenszeitliche psychotische oder manische Symptome.

Die Erstuntersuchung (t0) erfolgte zu Beginn der Behandlung, die zweite Messung (t1) erfolgte nach 4 Wochen, das Follow-up (t2) nach 6 Monaten. Erfasst wurden die depressive Symptomatik, Denkverzerrungen sowie die Lebensqualität.

ERGEBNIS Insgesamt wurden für die Intention-to-Treat Analyse die Daten von 84 Teilnehmern berücksichtigt. Nach Randomisierung unterschieden sich IG und KG zur Baseline hinsichtlich soziodemografischer und psychopathologischer Variablen nicht. Es ergaben sich auch keine signifikanten Gruppenunterschiede bei der Anzahl teilgenommener Gruppentermine.

Es zeigte sich sowohl im prä-post, als auch im prä-follow-up Vergleich eine signifikant größere Reduktion der depressiven Symptomatik in der D-MKT-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einer mittleren Effektstärke. Auch im Selbstauskunftsverfahren war die D-MKT-Gruppe sowohl im prä-post, als auch im prä-follow-up Vergleich, der Kontrollgruppe signifikant

überlegen. Für das Follow-up wurden Effektstärken im mittleren bis starkem Bereich erzielt. Bezüglich der Denkverzerrungen ergab sich im prä-post Vergleich in der Interventionsgruppe im Trend eine stärkere Reduktion als in der Kontrollgruppe - im schwachen bis mittlerem Effektstärkebereich. Zum follow-up Zeitpunkt zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der D-MKT-Gruppe mit mittlerem Effekt. Im Prä-Post-Vergleich erreichte die Interventionsgruppe darüber hinaus eine signifikant stärkere Verbesserung der Lebensqualität als die Kontrollgruppe. Zum follow-up-Zeitpunkt wurde dieser Unterschied allerdings nicht mehr signifikant. Das D-MKT wurde von den Teilnehmern überaus positiv bewertet.

Das D-MKT ist ein niedrigschwelliges Therapieangebot, das im offenen Setting durchgeführt werden kann. Es könnte dazu beitragen, eine Versorgungslücke im Bereich der Depressionsbehandlung zu verkleinern und spezifisch depressive Störungen im psychosomatischen Setting zu behandeln. Die Einführung des D-MKT in die psychosomatische Rehabilitation könnte – vorausgesetzt die Effekte können in weiteren Studien bestätigt werden – in Zukunft helfen, die psychosomatische Rehabilitation depressiver Patienten zu verbessern und somit auch langfristig sozioökonomische Kosten zu senken.

Sollten die in der vorliegenden Studie gewonnenen Ergebnisse zur kurz- und mittelfristigen Wirksamkeit des D-MKTs repliziert werden und sich auch eine längerfristige Wirksamkeit und Überlegenheit des D-MKT (z.B. in 2 Jahres-Katamnesen) zeigen, wäre es erstrebenswert, eine Integration des Programms in der klinischen Routine der Rehabilitation flächendeckend zu etablieren.

DISKUSSION

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Rehabilitationsantrag abgelehnt – Was nun?

PD Dr. Ruth Deck
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
162
27 Monate
DRV Nord

PROJEKTLÉITUNG
EINRICHTUNG
PROJEKT-NR.
DAUER
KOOPERATIONEN

Jährlich werden 20-30 % der bei der DRV Nord gestellten Anträge aus verschiedenen Gründen abgelehnt. Bislang liegen keine Untersuchungen darüber vor, ob und welche Auswirkungen die Ablehnung eines Rehabilitationsantrags auf die weitere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und auf die Entwicklung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der beruflichen Zukunft eines Reha-Antragstellers hat. Auch zu den Auswirkungen auf ein Berentungsrisiko sind keine Daten bekannt.

HINTERGRUND

Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche gesundheitlichen und beruflichen Entwicklungen bei Versicherten, deren Reha-Antrag abgelehnt wurde, zu beobachten sind und ob die Nichtteilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme durch selbstbeschaffte Gesundheitsleistungen und ambulante Therapien kompensiert werden kann bzw. ob sich diese Versicherten gesundheitsbezogen oder beruflich zu »Risikofällen« entwickeln.

ZIELSETZUNG

Beim Projekt »Reha abgelehnt – und dann?« handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten und zwei Studiengruppen: Antragsteller mit Bewilligung bzw. Ablehnung ihres Antrags. Die Befragung erfolgte postalisch mit einem standardisierten Fragebogen, der von den Teilnehmern zuhause ausgefüllt und an das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie zurückgesendet wurde. Als primäre Zielgrößen wurden Funktionsbehinderungen im Alltag

METHODIK

(FFbH-R), psychische Belastungen (BSI) und die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE) definiert. Als sekundäre Zielgrößen wurden verschiedene Skalen zur subjektiven Gesundheit berücksichtigt. Eingeschlossen wurden Antragsteller der Indikationen Orthopädie und Psychosomatik.

Die Studie wurde über einen Zeitraum von 27 Monaten von Januar 2012 bis Ende März 2014 durchgeführt. Für 173 Versicherte mit abgelehntem Antrag und 223 Versicherte mit bewilligtem Antrag lagen auswertbare Datensätze zu drei Messzeitpunkten vor.

ERGEBNIS Bei Antragstellung fühlen sich beide Versichertengruppen in gesundheitlicher und beruflicher Hinsicht gleichermaßen belastet. Was die Ausschöpfung ambulanter Therapien im Jahr vor der Reha-Antragstellung betrifft, lassen sich keine Unterschiede zwischen Versicherten mit bewilligtem oder abgelehntem Antrag feststellen. Vier Monate nach Antragstellung ergibt sich hinsichtlich der primären und sekundären Outcomes für die Gruppe mit Reha ein leichter Vorteil, ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt zeigt sich beim beruflichen Risikosummscore und bei den Skalen Vitalität und dysfunktionale Kognitionen. Beide Versichertengruppen suchen in gleichem Ausmaß verschiedene Arztgruppen auf und auch bei der Inanspruchnahme nichtärztlicher Berufsgruppen verhalten sich die beiden Versichertengruppen ähnlich. Zehn Monate nach Reha-Antragstellung sehen wir für beide Versichertengruppen weitere Verbesserungen oder zumindest eine Stabilität in allen primären und sekundären Outcomes. Signifikante Vorteile für die Gruppe mit Reha zeigen sich für die Vitalität und die katastrophisierenden Kognitionen. Bei allen primären Outcomes sind für den Zeitverlauf von Antragstellung bis 10 Monate danach für beide Gruppen ähnliche Effekte festzustellen. Versicherte mit und ohne Reha unterscheiden sich nach 10 Monaten bei Arztbesuchen und bei der Inanspruchnahme nichtärztlichen Therapeuten nicht.

DISKUSSION Die Vermutung, dass bei Versicherten, deren Antrag abgelehnt wurde, mit einem ungünstigen gesundheitlichen oder beruflichen Verlauf gerechnet werden muss, ließ sich in unserer Studie nicht bestätigen. Eher das Gegenteil ist der Fall. Auf welche Faktoren sich diese positiven Entwicklungen zurückführen lassen, können wir auf der Basis der vorliegenden Studie nicht beantworten. Auch eine verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems konnte in der Studie nicht festgestellt werden. Möglicherweise entwickeln Personen mit abgelehntem Antrag eigene Strategien in ihrem Wohn- und Arbeitsumfeld, die, auch ohne professionelle Unterstützung, zu besserer Gesundheit und einer Steigerung der Leistungsfähigkeit führen.

RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS Versicherte mit abgelehntem Antrag zeigten in unserer Studie dennoch eine positive Entwicklung. Mit den erfassten Daten kann dieses Ergebnis nicht erklärt werden. Persönliche Interviews mit Versicherten, deren Antrag abgelehnt wurde, scheiterten an der Teilnahmebereitschaft. Es wäre zu überlegen, ob und wie man Informationen zum Umgang mit einer Ablehnung erhalten könnte, um Betroffene mit entsprechenden Empfehlungen zu unterstützen.

Wie patientennah sollte eine Telemedizin sein? Ein paar ethische Gedanken.*von Dr. Tobias Fischer, M.A.**Department für Ethik, Theorie und Geschichte der Lebenswissenschaften**Universitätsmedizin Greifswald**tobias.fischer@uni-greifswald.de*

Unter dem Begriff der Telemedizin fällt klassischerweise jede Diagnostik und Therapie, bei der es zu einer räumlichen oder auch zeitlichen Überbrückung der Distanz zwischen einem Behandler und seinem Patienten kommt, bzw. zwischen zwei Behandlern, die sich mittels Telekommunikation vernetzen. Sie soll mit dem hehren Ziel angewendet werden, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern (z. B. durch eingesparte Wege) und Notfälle durch die Echtzeit-Erhebung und Beobachtung von übertragenen Vitaldaten vorzubeugen. Und ganz am Rande, neben all den klar formulierten Vorteilen für die Patienten, soll sie bestenfalls auch noch das Gesundheitssystem effizienter, d. h. wirtschaftlicher gestalten. Alle Seiten profitieren gleichermaßen, so zumindest die Erwartung.

Wenn man sich auf der Suche nach einem ersten Überblick unter dem Stichwort Telemedizin jedoch durch das Internet klickt, mag man schnell den Eindruck gewinnen, dass die Telemedizin nie aus dem Status eines »ewigen Talent« herausgekommen ist, dessen großer Durchbruch ebenso zuverlässig alle Jahre aufs Neue proklamiert wird, wie er dann doch wieder ausbleibt. Dies gilt zumindest dort, wo nicht nur Vitaldaten verarbeitet werden (z. B. von Risikopatienten die aufgrund ihres Krankheitsverlaufs oder nach einer Operation überwacht werden müssen – und diese Zeit dank der Telemedizin zuhause und eben nicht im Krankenhaus verbringen können) und bei der ebenfalls schon gut etablierten Entfernungsüberbrückung zwischen Experten (wie z. B. bei der Tele-Radiologie, bei der per digitaler Datenübertragung die entstandenen Aufnahmen von einer peripheren Klinik zur Befundung an einen Spezialisten der nächsten Uniklinik gesendet werden können). Sondern für viele Projekte, in denen Behandler und Patienten in einen

technikgestützten telemedizinisch-interaktiven Dialog miteinander treten sollen, um beispielsweise die Phase der stationären Rehabilitation um eine häusliche Rehabilitationsnachsorge zu ergänzen, wobei der Patient mit Hilfe der Tele-Rehabilitation seine Therapie im eigenen häuslichen Umfeld fortsetzen oder verlängern kann. Zwar gibt es auch durchaus hoffnungsvolle Beispiele, wie die DRV Bayern Süd, die seit Ende des letzten Jahres Teletherapien als häusliche Nachsorge eingeführt hat – aber allein ihr öffentlichkeitswirksamer Hinweis, der erste gesetzliche Sozialleistungsträger zu sein, der dies anbietet, deutet auf die Außergewöhnlichkeit dieser Maßnahme hin.

»Die Telemedizin soll mit dem Ziel angewendet werden, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und Notfälle durch die Echtzeit-Erhebung und Beobachtung von übertragenen Vitaldaten vorzubeugen.«

Doch bestenfalls sollte ja gerade auf diesem Wege für vom demographischen Wandel entvölkerten Regionen das breite Angebot spezialisierter medizinischer Leistungen ermöglicht oder aufrechterhalten werden, ohne die weniger mobilen Patienten mit langen Wegen zu belasten. Dies geschieht auch dort natürlich stets unter den Beteuerungen, dass es nicht um die Frage: »entweder persönliche Therapie oder Telemedizin«, sondern immer nur um Zusatzangebote gehe – obgleich es auf Patientenseite tatsächlich genauso aufgefasst und mit entsprechender Zurückhaltung quotiert werden könnte. Daher wäre es wohl zu einfach, die bislang ausbleibenden großen Erfolge allein damit zu erklären, dass gerade diese entvölkerten Regionen nun mal auch nicht über die notwendige

Infrastruktur (Breitbandinternet) verfügen und die »wenig mobilen« Patienten auch eher älter und somit weniger aufgeschlossen für Neues sind. Denn gerade die älteren Generationen scheinen zunehmend interessiert an den neuen Medien – aber vielleicht ist ein Online-Chat über Skype mit den entfernt lebenden Enkelkindern doch noch von einer anderen Qualität als die Kommunikation mit dem Arzt oder Therapeuten? Denn eine Affinität mit den telemedizinisch nutzbaren Medien wird nie eine hinreichende, sondern stets nur notwendige Voraussetzung sein. Ebenso notwendig ist die Bereitschaft, dem medizinischen Regime eine Wirkmacht ins wortwörtlich private Wohnzimmer zu geben und es an seinem Leben außerhalb der institutionalisierten und räumlich definiert abgetrennten medizinischen Komplexe teilhaben lassen zu wollen. Man erfährt nicht die Wertschätzung eines ärztlichen Hausbesuches, sondern macht sein Wohnzimmer zu einer kameraüberwachten Außenstelle der Klinik, bzw. wird durch telemedizinische Smartphone-Apps zu einem wandelnden Zentrum der Gesundheitsvorsorge, das zur permanenten Selbstoptimierung anhält. Dafür gewinnt der Patient durch Tele-Monitoring (Überwachung der Vitalparameter) unzweifelhaft an Lebensqualität und dem Gefühl für Sicherheit und kann über Tele-Rehabilitation unabhängig vom Therapieplan seines Therapeuten und frei von kliniküblichen Arbeitszeiten, Übungen in sein Alltagsleben integrieren – und sei es nur zur Überbrückung von Wartezeiten zwischen der Entlassung aus einer Rehabilitationseinrichtung und dem Beginn der ambulanten Therapie. All dies ist offensichtlich integriert in einen Abwägungsprozess, bei dem der Patient natürlich auch seine Non-Compliance als Mittel gegen einen zu übergriffig empfundenen medizinischen Indikativ viel einfacher geltend machen kann, als gegenüber einem ihm persönlich gegenüberstehenden Therapeuten.

Der Medizinethiker Arne Manzeschke hat dazu in seinem Aufsatz »Telemedizin und Ambient Assisted Living aus ethischer Perspektive« richtigerweise darauf hingewiesen, dass gegen die Telemedizin häufig die Distanzierung und Entfremdung zwischen Behandler und Patient durch eine dazwischen gesetzte Technik geltend gemacht wird, die über die bloße Ausrüstung der Wohnung durch Sensoren oder

Kameras hinausgeht. Telemedizin ändert demnach mehr als die Luftlinie in Metern zwischen Arzt und Patient, sie fordert auch neue Überlegungen zur Justierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Und das in einem Kontext, in dem die Nutzung moderner Kommunikationstechniken nicht autonomer Ausdruck einer privaten Entscheidung dafür ist, sondern ein technisches Unterstützungssystem für eine vulnerable Person, einen Patienten, den man durchaus auch durch diese Prozeduren überfordern kann. Oder ihm zumindest das Gefühl geben kann, auf erhobene Werte bzw. standardisierte Kommunikationsprotokolle reduziert zu werden. Denn was gemessen wird, bestimmt das System – und eine digitale Datencodierung (I/O) lässt keinen Platz für die Zwischentöne, wie sie im vertrauensvollen Gespräch der medizinischen Versorgung auftauchen können, in dem ein Behandler allein durch seine ungeteilte Präsenz schon Interesse bekundet.

Zusammengefasst geht es hier keineswegs um die Konstruktion von Argumenten gegen einen telemedizinischen Ansatz, sondern lediglich um einen transparenten Umgang, der alle negativen Effekte ebenso ernst nimmt wie die klaren Vorteile. Durch den Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien sind eben zahlreiche neue Chancen, aber auch Risiken für diese Form der Medizin entstanden, in der es eben nicht nur Lösungen für den datenschutzrechtlichen Umgang mit hochsensiblen Informationen sowie einer Vielzahl technischer wie organisatorischer Maßnahmen (Dokumentation, Datenqualität...) bedarf, deren Einhaltung ohnehin vorausgesetzt werden muss. Darüber hinaus sind Ansätze gefordert, die unter Einbeziehung der Patientensicht darauf abzielen, dass auch eine nicht sprechende Telemedizin durchaus ansprechend sein kann.

Erfahrungen mit Liveonline in verschiedenen Kontexten

von Dr. phil. Jürgen Theissing
liveonline coaching
info@liveonlinecoaching.com

liveonline coaching
gesundheit & psychologie

Das Internet ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Alltagsleben. 84 % der deutschen Allgemeinbevölkerung nutzt das Internet. Für das Wachstum der generellen Internetnutzung in den letzten Jahren ist hauptsächlich die Generation der »Silver Surfer« (ab 50 Jahren) verantwortlich. Bei den 50- bis 59-Jährigen stieg die Internetverbreitung auf mittlerweile 82,7 %, bei den Über-60-Jährigen auf 42,9 %. Aufgrund der mittlerweile starken Verbreitung des Internets in nahezu allen Altersgruppen liegt es nahe, das Internet auch im Bereich der Gesundheitsförderung zu nutzen. Es finden sich bereits vielfältige Maßnahmen zur Veränderung von Gesundheits- und Risikoverhalten. Die Wirksamkeit von internetbasierten Gesundheitsinterventionen für verschiedene Anwendungsgebiete ist in internationalen Übersichtsarbeiten belegt.

»Die Wirksamkeit von internetbasierten Gesundheitsinterventionen für verschiedene Anwendungsgebiete ist in internationalen Übersichtsarbeiten belegt.«

Auch als Nachsorgeprogramme gewinnen internetbasierte Gesundheitsinterventionen (IGIs) aufgrund der Ortsunabhängigkeit und der höheren didaktischen Möglichkeiten im Vergleich zum Brief oder der reinen Kommunikation per Telefon zunehmend an Bedeutung. Der häufig schwierige Therapietransfer in den Alltag kann mit webbasierten Nachsorgemaßnahmen gut unterstützt werden, indem diese unmittelbar an die Zeit nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme anschließen. In den letzten Jahren sind Forschungsvorhaben veröffentlicht worden, bei denen Rehabilitanden per SMS, Mail oder speziellen Apps mit der Reha-Einrichtung zwecks individueller Unterstützung Kontakt halten. Weiterhin wurden in den letzten

Jahren zunehmend internetbasierte Expertensysteme entwickelt, die in einen Dialog mit den Patienten treten und aufbauend auf den Prinzipien der Verhaltensmodifikation individualisierte Informationen, Beratungsinhalte und Trainingsaufgaben vermitteln. Im Vordergrund dieser webbasierten Trainings stehen automatisierte Prozesse, weniger der Kontakt mit einem realen Therapeuten, welcher in der Regel limitiert und ergänzend per E-Mail stattfindet.

Liveonline als Gesundheitsintervention

Als interaktive synchrone Kommunikationsform werden Chaträume sowie audiosynchrone Gruppenräume (Liveonline) genutzt, damit Patienten sich in Echtzeit textbasiert oder audio-visuell mit ihrem Therapeuten oder auch anderen Patienten austauschen können. Generell ermöglichen synchrone Kommunikationswege ein unmittelbares Feedback durch den Therapeuten bzw. soziale und emotionale Unterstützung durch andere Teilnehmer. Die Nachteile von reinen Chaträumen liegen in der eingeschränkten, ausschließlich textbasierten Kommunikation, während audio-synchrone Gruppenräume, auch »Liveonline« oder »virtual classroom« genannt, eine multimedial erweiterte Kommunikationsplattform bieten.

In dieser virtuellen Seminarform stehen die beteiligten Personen über Mikrofon und Kopfhörer, optional per Webcam, im Audio-/Video-Kontakt. Zudem besteht die Möglichkeit, Folien, Bilder, Videos zu zeigen, Dateien unterschiedlicher Formate direkt auf die PCs der Teilnehmer zu übertragen, schriftliche Fragen zu integrieren, eine gemeinsame Schreibfläche für Diskussionen und schriftliche Übungen sowie einen parallelen Textchat zu nutzen. Weitere Funktionen sind u. a. die Bildung von Kleingruppen sowie das Einbinden von Audiospuren z. B. für Achtsamkeits- oder Entspannungsübungen. Implementiert wurde Liveonline erstmals 2007 im Gesundheitsbereich aus der

Notwendigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung heraus, Gesundheitsförderung seminarbasiert und gleichzeitig ortsunabhängig zu realisieren. Hierdurch sollten jene Personen angesprochen werden, die die

Patienten, die während der Rehabilitation an einer Schulung zur Schmerzbewältigung teilgenommen hatten. Diese Patienten nahmen nach der Entlassung ein halbes Jahr lang an 6 monatlich stattfindenden geschlossenen Liveonline-

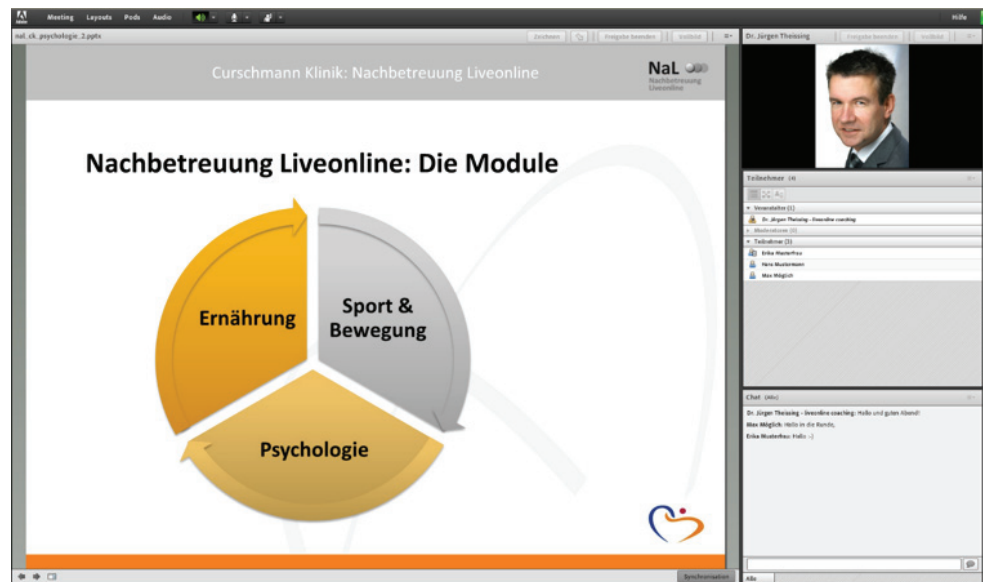


Abb. 1: Partizipative Entwicklung der Patientenschulung

»klassische« Seminarform zur Gesundheitsförderung bevorzugen, aber internetbasiert von zu Hause aus teilnehmen wollen.

In der medizinischen Rehabilitation wurde Liveonline als Nachsorgeform bisher in der Orthopädie bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz sowie in der Kardio-Diabetologie im Bereich Adipositas eingesetzt. Die Bestandteile der Liveonline-Nachsorge knüpften hierbei an die Inhalte der bereits in der Klinik durchgeführten Interventionen an, jedoch mit besonderem Fokus auf den Transfer neuer Verhaltensweisen in den Alltag.

Liveonline bei chronischem Rückenschmerz

In dem Projekt zur Liveonline-Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz sollten die positiven Effekte der stationären Rehabilitation nach der Entlassung nachhaltig im Alltag der Patienten verankert werden, indem Selbstverantwortung und Selbstmanagementfähigkeiten der Betroffenen gestärkt werden. Die Teilnehmer der Studie waren orthopädische

Gruppensitzungen teil, die von Psychologen der jeweiligen Kliniken geleitet wurden. Ziel der Liveonline-Seminare war es, die gelernten Fähigkeiten zur Schmerzbewältigung im Alltag aufrecht zu erhalten und mögliche Probleme und Barrieren beim Alltagstransfer zu identifizieren und aufzuheben. Primäre Zielgröße des Nachsorgeprogramms war die Verminderung des Schmerzes sowie die Optimierung der Schmerzbewältigungsfähigkeiten.

Die Teilnahmebereitschaft der Patienten blieb jedoch weit hinter den erwarteten Zahlen zurück, so dass die geringe Rekrutierungsquote von 24 % der ursprünglichen Stichprobengröße die geplante quantitative Hypothesentestung nicht ermöglichte. Auf Grundlage des im Verlauf der Studie gewonnenen Datensatzes konnten jedoch Aussagen über die Gründe für die Rekrutierungsprobleme getroffen werden. Die Hauptursache für die niedrige Teilnahmequote waren organisatorische Probleme: Es gestaltete sich als sehr schwierig, Nachsorgetermine anzubieten, die für alle Teilnehmer einer festen Gruppe realisierbar waren, insbesondere wenn diese bis zu 6 Monate im Voraus geplant wurden. Weitere Erklärungen fanden sich im

Fehlen technischer Voraussetzungen (insbesondere kein Internetzugang). Hinzu kam eine unerwartet hohe Quote an schwerwiegenden psychiatrischen Zusatzdiagnosen in einer der kooperierenden Kliniken, die als Ausschlusskriterium das Potential ansonsten grundsätzlich eligibler Patienten weiter schwächte. Auf der anderen Seite zeigten die Rückmeldungen derjenigen Patienten, die an den Liveonline-Sitzungen teilgenommen haben, dass sie die Methode sehr positiv bewerteten und technische Probleme nur eine geringe Rolle spielten. Die Liveonline-Seminarmethode und der damit verbundene ortsunabhängige Austausch mit anderen Betroffenen und einem Therapeuten wurden als sehr hilfreich erlebt.

Die Zielgruppe der Schmerzpatienten konnte letztlich durch diese Liveonline-Nachsorge nicht erreicht werden. Unter Berücksichtigung verschiedener Modifikationen wie der Flexibilisierung von Durchführungsterminen, der partiellen Auflösung der festen Gruppenstruktur und einer personalintensiveren Etablierung der Methode in der stationären Rehabilitation besteht allerdings durchaus die Chance, eine audio-synchrone Nachbetreuung effektiv zu gestalten, um bestehende Nachsorgeangebote sinnvoll zu ergänzen.

Liveonline bei Adipositas

In dem Projekt zur Liveonline-Rehanachsorge bei Patienten mit Adipositas wurde eine multiprofessionelle Nachbetreuung durchgeführt, wobei die Gruppensitzungen von Psychologen, Ernährungsberatern und Physiotherapeuten geleitet wurden. Nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik nahm die Interventionsgruppe an einer Liveonline-Nachsorge teil, bei der sich die Patienten in geschlossenen Gruppen bestehend aus maximal 12 Teilnehmern und einem Sitzungsleiter sechs Mal in monatlichen Abständen zu einer Liveonline-Sitzung á 90 Minuten trafen. Im Gegensatz zu dem obigen Orthopädie-Nachsorgeprojekt wurde eine höhere Terminflexibilität integriert. Wenn ein Teilnehmer an einer Sitzung nicht teilnehmen konnte, bestand die Möglichkeit, diese Sitzung in einer anderen Gruppe nachzuholen. Dieses bedeutete zwar die partielle Auflösung der festen Gruppenstruktur, allerdings konnte hierdurch eine für IGIs verhältnismäßig hohe Adherence erzielt werden. 71 % der Teilnehmer besuchten mindestens vier der sechs Sitzungen.

Das Liveonline-Nachsorgeprogramm entsprach im Wesentlichen den Inhalten der bereits in den Kliniken durchgeführten Interventionen, jedoch mit besonderem Fokus auf den Transfer des Erlernten in den Alltag und unter Berücksichtigung der Liveonline-Methode. Jeweils zwei Nachsorgeeinheiten wurden von einem Psychologen, einem Ernährungsberater und einem Physiotherapeuten moderiert. Hierdurch konnten einerseits die für die Nachsorge benötigten personellen Ressourcen der Rehabilitationseinrichtung verteilt werden, andererseits konnte der multiprofessionelle Behandlungsansatz der stationären Rehabilitation auch in der Nachsorge realisiert werden. Insgesamt konnten in der Interventionsgruppe sowohl 6 als auch 12 Monate in allen primären (BMI, Bauchumfang) und sekundären Zielvariablen (Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität) signifikante Verbesserungen erzielt werden. Diese Verbesserungen waren jedoch nur partiell der Vergleichsgruppe ohne liveonline-Nachsorge überlegen. Statistisch signifikant war diese Überlegenheit im Bereich des extern bestimmten Ernährungsverhaltens 12 Monate nach Reha-Ende. Eine Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der primären Zielgrößen Bauchumfang und Body Mass Index konnte nicht bestätigt werden.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer zur liveonline-Nachsorge zeigten, dass die Methode in der Rehabilitation sehr gut akzeptiert wurde. Keiner der 38 Teilnehmer äußerte sich unzufrieden hinsichtlich der Inhalte und der Sitzungsleiter. 46 % waren sehr zufrieden mit den Inhalten, 64 % waren sehr zufrieden mit der Leitung. Liveonline als Methode wurden deutlich positiv gewertet (53 % wählten die Note »sehr gut«, 42 % »gut«). Ca. 80 % der Teilnehmer beurteilten die Verständlichkeit der Technik mit gut bis sehr gut. Dabei waren ca. 25–30 % der Teilnehmer wenig PC-erfahren oder auch gänzliche PC-Neulinge. Insgesamt konnte in diesem Projekt die Rekrutierungsquote gegenüber dem Orthopädie-Projekt um 15 % auf 40 % der vorgesehenen Stichprobengröße gesteigert werden, dennoch blieb die Zahl hinter den Erwartungen zurück. Neben strukturinternen Gründen in einzelnen kooperierenden Kliniken wie Personalwechsel, speziell im projektbezogenen ärztlichen und therapeutischen Bereich, kam es seitens eligibler Patienten

zur Verweigerung der Studienteilnahme, weil diese laut eigener Angaben nicht über einen Internetzugang verfügten. Der Anteil dieser Verweigerer war höher als dieses aufgrund einer früheren Forschungsarbeit zu erwarten war. Möglicherweise fühlten sich potentielle Studienteilnehmer hinsichtlich des technischen Anspruchs dieser Nachsorgeform überfordert oder wurden im Rahmen der Rekrutierungsbemühungen der Klinik nicht ausreichend aufgeklärt. Andererseits zeigten sich auch starke Unterschiede in den Rekrutierungszahlen der beteiligten Kliniken trotz eines in etwa gleich hohen Umfangs potentiell rekrutierbarer Patienten in den Kliniken.

Fazit

Liveonline hat als webbasierte Nachsorgemethode in der stationären Rehabilitation hohes Potential, weil es Live-Treffen zwischen Patienten und Therapeuten mit dem Ziel der Erfolgsicherung nach dem Rehaaufenthalt ermöglicht. Während Liveonline in der Primärprävention der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits fest verankert ist und hohe Wachstumsraten

aufweist, erscheint die Implementierung in der Reha-Nachsorge schwieriger. Ein bedeutsamer Grund hierfür liegt im Durchschnittsalter der Teilnehmer, denn in den Liveonline-Seminaren der Primärprävention sind die Teilnehmer in der Regel 15–20 Jahre jünger als die in den hier geschilderten Nachsorgeprojekten der Rehabilitation. Weitere Forschung ist erforderlich, um einerseits die Wirksamkeit der Liveonline-Nachsorge durch entweder eine quantitative oder qualitative Intensivierung der Nachbetreuung zu erhöhen und andererseits Möglichkeiten zu finden, den Zugang von »älteren« Patienten zu einem solchen Programm zu erleichtern und hierbei Hemmschwellen abzubauen. Wichtige diesbezügliche Erkenntnisse wird Ende 2015 das EU-Projekt IROHLA (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population) liefern, wo Wirksamkeit, Akzeptanz und Nutzen eines Liveonline-Programms zur Förderung von Gesundheitskompetenzen in der Altersgruppe 50+ untersucht werden.



Nutzung neuer Medien in der medizinischen Rehabilitation – ein Meinungsbild

von Angela Buchholz und Ines Buchholz

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Greifswald
a.buchholz@uke.de , ines.buchholz@uni-greifswald.de

Zur Nutzung neuer Medien in der medizinischen Rehabilitation hat uns bei der Vorbereitung dieser Ausgabe besonders interessiert, welche Meinung zu diesem Thema eigentlich in der rehabilitativen Versorgungspraxis besteht und welche Medien in welcher Form eingesetzt werden. Wir haben hierzu mit einem kurzen Fragebogen Leiter von Rehabilitationskliniken im vffr-Gebiet (Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg Vorpommern) nach ihrer Meinung und dem Einsatz von Medien in ihrer klinischen Arbeit befragt. Mit der Befragung erheben wir keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern möchten lediglich ein Stimmungsbild aus dem norddeutschen Raum abbilden.

An unserer Befragung haben sich insgesamt acht Kollegen beteiligt. Von diesen gaben vier Kollegen an, bereits neue Medien in der Versorgung zu nutzen. Dabei gaben die Kliniken an, webbasierte Angebote (n = 3), telefonische (n = 2) sowie telemedizinische Angebote (n = 1) zu verwenden. Smartphones wurden nicht eingesetzt. Zur Vorbereitung auf die Reha wurden keine neuen Medien eingesetzt, sondern während der Reha (n = 2) und zur Nachsorge (n = 1). Die Erfahrungen, die die Kollegen mit neuen Medien gemacht haben, sind gemischt. Der Internetauftritt der Klinik inklusive der Bereitstellung von Materialien, wie Vorträgen für die Patienten wurde positiv bewertet. Ein telefonisches und ein telemedi-

PRO: Welchen potentiellen Nutzen sehen Sie beim Einsatz neuer Medien?**n Nutzen für den Rehabilitanden**

- 7 Verstetigung und nachhaltige Sicherung von bereits erzielten Reha-Erfolgen
- 5 Anbieten individueller alltagsbegleitender Versorgungsangebote im eigenen häuslichen Umfeld
- 4 Unabhängigkeit von Zeit und Raum (Mobilitätsaspekt)
- 1 Möglichkeit der engmaschigen intensiven häuslichen Nachbehandlung, bspw. bei neurologischen Patienten
- 1 Erhalt von Unabhängigkeit/Selbstständigkeit des Patienten
- 1 Alternative zur ambulanten Reha in sehr ländlichen Regionen Deutschlands z.B. häusliche Nachbetreuung ohne regelmäßige Klinikbesuche
- 1 Anderes

n Nutzen für die Klinik/das Personal

- 4 Überwindung von Schnittstellenproblemen
- 4 Erweiterung des Reha-Angebotes
- 3 Sektorenübergreifende Vernetzung
- 3 Vorhalten von Angeboten, die im Zuge des demografischen Wandels vor allem in ländlichen Regionen benötigt werden
- 1 Sicherung des Patientenstammes
- 0 Schaffen von (Tele-) Arbeitsplätzen (z.B. im IT-Bereich)

Tabelle 1: Potentieller Nutzen durch den Einsatz neuer Medien

zinisches Nachsorgeangebot wurden von den Rehabilitanden nicht angenommen.

Diejenigen, die aktuell keine neuen Medien einsetzen, könnten sich grundsätzlich den Einsatz neuer Medien gut vorstellen, v. a. zur Vorbereitung auf die Reha (n = 4) und zur Nachsorge (n = 4). Während der Reha wurde der Einsatz neuer Medien durch eine Person befürwortet. An Voraussetzungen für die Implementierung wurden IT-Ressourcen und entsprechende Software, ein ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie ausreichende personelle Ressourcen genannt.

In Tabelle 1 und 2 sind die aus Sicht der befragten Kliniken mit dem Einsatz neuer Medien

wahrgenommenen Vorteile (potenzieller Nutzen) und Nachteile (potenzielle Risiken) dargestellt. Für die Rehabilitanden selbst wird der größte Nutzen in der besseren Möglichkeit zur Verstetigung und besseren Nachhaltigkeit gesehen. Auch eine höhere Individualisierung und Anpassung von Reha-Leistungen an das häusliche Umfeld wird häufig als möglicher Vorteil benannt.

Für die Kliniken und das Personal werden als potenzieller Nutzen eine bessere Überwindung von Schnittstellenproblemen sowie eine Erweiterung des Reha-Angebots häufig benannt. Bedenken bezüglich des Einsatzes neuer Medien bestehen vor allem in zu geringen zeitlichen Ressourcen und zu hohen Mehrkosten.

CONTRA: Welche Risiken bzw. Nachteile sind aus Ihrer Sicht mit der Nutzung neuer Medien verbunden?**n Was spräche für Sie dagegen?**

- 6 zeitliche Ressourcen
- 4 Kostengründe
- 3 Datenschutzrechtliche Aspekte
- 3 Mangelnde Akzeptanz durch die Rehabilitanden
- 3 Mangelnde Medienkompetenz der Rehabilitanden
- 3 Akzeptanz beim Klinikpersonal
- 1 Medienkompetenz des Klinikpersonals
- 1 nur für wenige Indikationen geeignet

Tabelle 2: Risiken und Nachteile für den Einsatz neuer Medien

Zusätzlich haben wir die Kollegen gebeten, die Medienkompetenz ihrer Rehabilitanden sowie die Akzeptanz neuer Medien durch Rehabilitanden und das Klinikpersonal auf einer Skala von 0 (überhaupt keine Kompetenz bzw. Akzeptanz) bis 10 (sehr gute Kompetenz bzw. starke Akzeptanz) einzuschätzen. Sowohl die Medienkompetenz (Median = 6; Range 3–8) als auch die Akzeptanz durch Rehabilitanden (Median = 5; Range 1–8) und Klinikpersonal (Median = 6; Range 3–10) wurden bei einer großen Spannweite im mittleren Bereich eingeschätzt.

Fazit

Was können wir nun aus diesen Ergebnissen lernen? Aufgrund der kleinen Stichprobe und der dadurch fehlenden Repräsentativität sollten die Ergebnisse natürlich mit Bedacht interpretiert werden. Dennoch lässt sich eine gewisse Ambivalenz entdecken, die einem auch insgesamt entgegenschlägt, sobald man sich mit dem Thema »neue Medien« auseinandersetzt. Auf

der einen Seite werden zwar durchaus Vorteile gesehen, die für die Rehabilitanden und auch für die eigene klinische Arbeit erstrebenswert sind. Diesen stehen allerdings auf der anderen Seite hohe Kosten für die Implementierung und eine vergleichsweise geringe Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Rehabilitanden gegenüber. Datenschutzrechtliche Aspekte werden zwar als befürchtetes Risiko genannt, spielen aber aus Sicht der Klinikleiter eine geringere Rolle als Aufwand und Kosten. Diese Ambivalenz ist auch nicht verwunderlich: schließlich ist der bloße Einsatz einer neuen Technologie keine eierlegende Wollmilchsaue: Wunder können auch hierbei nicht erwartet werden. Dennoch hat sich die medizinische Versorgung nicht nur in der Rehabilitation durch die rasante technologische Entwicklung der letzten Jahrzehnte verändert und wird dies auch weiterhin tun. Es gilt also, neue Technologien sinnvoll dort in bestehende Strukturen zu integrieren, wo sie ihren Nutzen gut entfalten können.



24. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, 16. bis 18. März 2015

von Ines Buchholz, Dipl.-Psych.
Universität Greifswald,
Institut für Community Medicine
ines.buchholz@uni-greifswald.de

Das 24. Reha-Kolloquium war in der Fuggerstadt Augsburg beheimatet. Die Fuggerstadt Augsburg ist mit ihren rund 284 000 Einwohnern nach München und Nürnberg die drittgrößte Stadt Bayerns. Ortsfremde verbinden mit ihr vielleicht Stücke wie Jim Knopf oder Urmel aus dem Eis der Augsburger Puppenkiste oder die Handelsfamilie Fugger, die 1521 die älteste Sozialsiedlung der Welt stiftete (www.fugger.de).

Seit dem 15. März 2015 zog es mehr als 1 500 Reha-Experten aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Verwaltung in die 2000 Jahre alte FCA-Stadt. Sie alle waren Teilnehmer des 24. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquiums, der wichtigsten Plattform für den fachlichen Austausch zu Ergebnissen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. In diesem Jahr widmeten sie sich unter dem Titel »Psychische Störungen –

Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation« einem gesundheitspolitisch sehr aktuellen wie bedeutsamen Thema. Psychische Erkrankungen gelten als die Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Bereits heute stellen sie nach orthopädischen und onkologischen Erkrankungen die drittgrößte Indikation der Rehabilitation. Der Kongress hatte zum Ziel, zu einer weiteren Versachlichung der Erforschung psychischer Erkrankungen beizutragen.

»Es mussten 210 Messestellwände verbaut und 1 200 Meter Teppich verlegt werden.«

Eva Weber

(Zweite Bürgermeisterin von Augsburg)

Vom 16. bis 18. März wurden in acht parallelen Veranstaltungssälen neueste Forschungserkenntnisse aus den Themenbereichen »Reha bei psychischen Störungen«, »Psychische Komorbidität«, »Reha bei Abhängigkeitserkrankungen« oder »Leistungsgestaltung bei psychischen Erkrankungen« vorgetragen, von den Teilnehmern angeregt verfolgt und diskutiert. Da gerade bei komplexen Erkrankungsbildern wie sie psychische Störungen sind, die Behandlungskoordination und -steuerung von ganz entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg sind, durften Themen wie »Reha-Team«/»Teamentwicklung«, »Vernetzung« der Akteure in der Reha oder »Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation« nicht fehlen. Ergänzt wurden diese Programmpunkte um allgemeine forschungs- und praxisrelevante Inhalte wie »Assessmentinstrumente«, »Reha bei Kindern und Jugendlichen«, »Reha-Nachsorge«, »Patientenschulungen« oder MBOR-bezogene Inhalte, um nur einige Felder zu nennen.

»Drei Tage gefüllt mit Vorträgen, Posterpräsentationen, Expertentreffen und angeregten Diskussionen zur Versachlichung des Themas auf dem Gebiet der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.«

In den insgesamt 16 Diskussionsforen wurden Novellierungen im Reha-Wesen wie beispielsweise die zum Jahresbeginn von der DRV neu eingeführte Version des einheitlichen Reha-Entlassungsberichts oder die gegenwärtig in einem Kooperationsprojekt von drei wissenschaftlichen Instituten durchgeführte Überarbeitung der Reha-Therapiestandards ebenso aufgegriffen wie (inter-) national an Bedeutung gewinnende Themen. In diesem Zusammenhang sind u.a. die Foren zu »Patientensicherheit«, »Beteiligung Betroffener an der Forschung« oder »Barrierefreiheit in der Rehabilitation« zu erwähnen. Sie alle rückten den Rehabilitanden in den Mittelpunkt des Geschehens.

In Deutschland und Europa sind psychische Erkrankungen für einen großen Anteil der Krankheitslast verantwortlich. Die wachsende

Bedeutung psychischer Erkrankungen für das Gesundheitssystem wurde in den Grußworten von Frau Gundula Roßbach, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund (Berlin), Frau Eva Weber, zweite Bürgermeisterin der Stadt Augsburg, Herrn Karl-Heinz Arians, Vertreter des Sozialministeriums (München) und dem international renommierten Psychologen Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (Dresden) vor allem mit Zahlen belegt.

»Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung. Und sie gedeiht mit der Freude am Leben.«

Thomas von Aquien
(ital. Philosoph & Dominikanerpater)

Allein in Deutschland seien jährlich 10 Millionen Frauen und 7 Millionen Männer von einer psychischen Erkrankung betroffen. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 42,6 % (12-Monatsprävalenz, DL 2012: 33,3 %) und einem mittleren Zeitabstand zwischen Krankheits- und Behandlungsbeginn von etwa 11,6 Jahren gehören psychische Erkrankungen zu den selten erfassten, erkannten, diagnostizierten und behandelten Erkrankungen. Lediglich 2–8 % der Betroffenen würden, so Wittchen, eine »minimal adäquate Therapie« erhalten. Insbesondere das aufgrund fehlender oder mangelhaft koordinierter Behandlungen hohe Therapiepotenzial der oft komplexen Krankheitsbilder sei für die immense (indirekte) Kostenlast (z.B. Arbeitsausfalltage, Fehlinanspruchnahme ambulanter ärztlicher Dienste) ursächlich. 2010 waren das immerhin 122 111 Millionen Euro. Dabei würde Deutschland nach internationalen Standards die wenigsten Barrieren zum Therapiezugang haben. Und auch die insgesamt zwar immer noch sehr unbefriedigende Versorgungslage hätte sich seit 1999 stark verbessert.

»11,6 Jahre liegen zwischen dem Beginn einer Erkrankung und ihrer Behandlung.«

Dennoch hätten sich die AU-Tage durch psychische Störungen seit 2010 mehr als verdoppelt. Insgesamt ein Viertel der Gesamtausgaben für

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfallen auf psychische Erkrankungen. Jede dritte bewilligte Erwerbsminderungsrente würde auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden können. Auf der Grundlage von Statistiken prognostizierte Bernd Schön, erster Direktor der DRV Schwaben, einen weiterhin steigenden Bedarf an ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen für die nächsten vier Jahre.

Im Diskurs zum Ausmaß und zur Größe des Problems fielen Schlagworte wie Öffentlichkeitssensibilisierung oder Entstigmatisierung, veränderte Behandlungsbereitschaft und Zugangsbedingungen (praktische Möglichkeit einer Behandlung), verbesserte Diagnostik und flexiblere Arbeitsanforderungen (Mobilitäts- und Qualifikationsanforderungen, Arbeitsverdichtung, Multitasking, auch in gehobenem Alter), um nur einige der im Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Erkrankungen und der Zunahme von Diagnosen aus dem F-Spektrum gesehenen Faktoren aufzuführen.

»Ein Viertel der Gesamtausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfallen auf psychische Erkrankungen.«

In Expertengruppen werde ein reales Anwachsen der Häufigkeit psychischer Störungen jedoch bezweifelt. Den Ausführungen Wittchens zufolge erfordere eine realistische Problemabschätzung weitaus mehr als das bloße Betrachten von Zahlen, nämlich, die Umrechnung von Prävalenzen in die Anzahl von betroffenen und behandelten Personen. Obwohl viele Fälle unerkannt und unbehandelt blieben, sei gerade das gravierende Missverhältnis aus der Anzahl von Betroffenen und Behandelten für fehlgeleitete Problemabschätzungen verantwortlich. Aufgrund der personenbezogenen Häufung psychischer Erkrankungen – mehr als ein Drittel der Betroffenen haben mehrere Diagnosen – sei ein Aufsummieren zudem nicht sinnvoll. Abzugrenzen seien je nach Krankheitslast zusätzlich auch kurze, vorübergehende, zumeist nicht behandlungsbedürftige einzelne Episoden psychischer Krankheit von langjährigen, chronischen Verläufen, die eine umfassende, koordinierte Therapiesteuerung erforderlich machten.

»Die mediale Präsenz des Themas soll zu einer verschärften Problemwahrnehmung und der Bildung von Kausalitäten zur Arbeitswelt führen. Auf Seiten von Experten wird ein reales Anwachsen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen bezweifelt.«

Populärwissenschaftliche Sendungen und die mediale Konfrontation mit dem Thema würden zu einer verschärften Problemwahrnehmung führen und uns dazu verleiten, kausale Zusammenhänge zwischen den Anforderungen der Arbeitswelt einerseits und dem Entstehen psychischer Erkrankungen andererseits zu knüpfen. Tatsache ist jedoch, dass das hohe Ausmaß von Komorbidität mit bedeutsamen Folgen für Verlauf und Schweregrad und folglich die damit assoziierten Einschränkungen/Behinderungen sowie gesundheits- und volkswirtschaftliche Folgen offensichtlich höher als die anderer somatischer Erkrankungen sind. Ungeachtet der Größenordnung des Problems bleibt daher die Feststellung: *»There is no health without mental health«* (WHO).

Neben dem vffr-geförderten Projekt »Konstruktvalidität und prognostische Eigenschaften von »Functional Capacity Evaluation«, patientennahen Indikatoren der Funktionskapazität und sozialmedizinischen Parametern«, dessen postergestützte Ergebnisdarstellung (siehe Abbildung) mit dem Sonderpreis der Jury ausgezeichnet worden ist, wurden für die Projekte/Beiträge »Ein Wegweiser für Migranten in die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung« von Reissmann und Kollegen (1. Jurypreis) und »TeNoR: Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation – Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes für MBOR-Rehabilitanden« von Fröhlich und Kollegen (Publikumspreis), Posterpreise verliehen.

Das nächste Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium wird vom 29. Februar bis 2. März 2016 im Kongresszentrum Eurogress Aachen stattfinden.

Buchholz I¹, Szcotkowski D¹, Schnalke G², Jacobs A², Kohlmann T¹

Zusammenhänge von objektiven, klinischen und patientennahen Assessments zur Beurteilung der körperlichen Funktionsfähigkeit



Korrespondenz:

Ines Buchholz, Dipl.-Psych.
Institut für Community Medicine | Abteilung
Methoden, ¹Universitätsmedizin Greifswald,
Tel: 03834 / 86 77 80
Email: ines.buchholz@uni-greifswald.de

²Bundesverband für EFL

HINTERGRUND

Für die funktionelle Leistungsdiagnostik stehen verschiedene messmethodische Ansätze zur Verfügung [1]. Von den FCE-Verfahren zur objektiven Beurteilung der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit ist die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Isernhagen derzeit eines der in Deutschland am häufigsten eingesetzten Verfahren [2]. Dennoch war die Überprüfung der Konstruktvalidität bislang nur selten Gegenstand empirischer Forschungsarbeiten. Die vorliegende Arbeit überprüft, ob und wie Einschätzungen der funktionellen Leistungsfähigkeit durch den Patienten (standardisierte Fragebögen), den Arzt (klinischer Eindruck) und EFL miteinander korrespondieren.

ERGEBNISSE

- Die überwiegend männlichen (83,5%) und ganztags erwerbstätigen (60%) Patienten waren im Mittel 47 ± 11 (Spanne: 18-68) Jahre alt. Etwa zwei Drittel waren Arbeiter.
- Die Patientenfragebögen korrelierten moderat ($r=0.368$ PACT, SF-36 PFI, $N=201$ bis $r=0.636$ FFbH, SF-36 PFI, $N=294$). Je nach EFL-Subtest zeigten sich schwache bis mäßige Zusammenhänge mit dem Selbsturteil ($0.016 \leq r \leq 0.559$), die am größten mit dem PACT ausfielen.
- Zwischen EFL und dem Arzturteil konnten keine oder nur schwache ($0.070 \leq r \leq 0.262$) Zusammenhänge beobachtet werden (Tab. 1): mit Ausnahme des Subtests „Gehen“ ($r=0.210$) korrespondierte das Arzturteil vor dem EFL mit keiner der absolvierten Tests ($r \leq 0.082$). Nach Hinzunahme der durch EFL gewonnen Informationen fielen die Zusammenhänge durchweg größer aus ($0.176 \leq r \leq 0.262$).

Tabelle 1 Korrelationskoeffizienten nach Pearson, r (N)

	EFL-Testkomponenten			
	Heben ¹	Tragen vorn ²	Arbeiten über Kopf ³	Gehen ⁴
FFbH	.462 (286)	.452 (250)	.208 (199)	.100 (200)
SF-36 PFI	.222 (284)	.297 (249)	.016 (199)	.277 (200)
SF-36 ROLPH	.291 (281)	.341 (248)	.202 (199)	.102 (198)
PACT	.559 (197)	.532 (171)	.408 (148)	.113 (152)
Arzt vor EFL	.082 (287)	.080 (251)	.070 (201)	.210 (202)
Arzt nach EFL	.240 (282)	.222 (244)	.176 (198)	.262 (198)

¹ Maximales Hebegewicht von Boden- zu Taillenhöhe. ² Maximales Tragegewicht. ^{3,4} Mindestens überwiegend oder ständig. $p < 0.05$; N Fallzahl. PACT Indexwert (0-200) vor dem EFL. FFbH, SF-36 PFI, SF-36 ROLPH (0-100). Arzt: Grad der Funktionsfähigkeit vor und nach EFL (0-10).

METHODIK

- Konsekutiv eingeschlossene Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen ($N=300$), die im Rahmen einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie ein EFL-Screening durchliefen.
- Zusammenhangsüberprüfungen mittels Pearson-Korrelationen (r) zwischen den verschiedenen Assessments:
 - subjektiv: Skalen des SF-36 (PFI: Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“, ROLPH: Skala „Körperliche Rollenfunktion“), Funktionsfragebogen Hannover (FFbH, Abb. 1), Spinal Function Sort (PACT, Abb. 2)
 - objektiv: Arzturteil vor und nach EFL (Abb. 3), EFL (Heben Boden- zu-Taillenhöhe, Tragen vorn, Arbeiten über Kopf, Gehen, Abb. 4)

Abb. 1 Beispielitem aus dem FFbH [3]

Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?

ja	ja, aber mit Mühe	nein, oder nur mit fremder Hilfe
☐	☐	☐

Abb. 2 PACT [4]: Item 10

Eine 5 kg schwere Kiste vom Boden auf eine Werkbank stellen.

möglich	eingeschränkt	unmöglich	?
1 2 3	4 5	?	?



Abb. 3 Einschätzung durch den Arzt vor und nach EFL

Wie würden Sie heute den Grad der Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden auf einer Skala von 0-10 beurteilen? Bitte kreuzen Sie das am ehesten zutreffende Kästchen an.

geringe Funktionsfähigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hohe Funktionsfähigkeit
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Abb. 4 EFL



DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Individuell ausgewählte, krankheits- und arbeitsplatzbezogene EFL-Subtests können zusätzliche Informationen bereitstellen, die nur teilweise durch Einschätzungen der subjektiven Funktionskapazität gebunden oder durch den klinischen Gesamteindruck abgebildet werden können. Dabei scheinen die durch EFL gewonnenen Informationen nur eine Facette innerhalb des verdichteten Arzturteils im Rahmen der individuellen Leistungsdiagnostik zu sein. Insgesamt bestätigen die mittleren bis guten Korrelationen mit konvergenten Tests die Konstruktvalidität der hier überprüften EFL-Komponenten. Weitere Studien zur Testgüte von EFL sind notwendig, um die noch sehr begrenzte Studienlage zu erweitern.

LITERATUR [1] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012). Praxishandbuch: Arbeit- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. 3. erw. Aufl. [2] Frank M, Hallak G, Stahl C, Wölke G, Ekkernkamp A. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen. Assessmentverfahren in der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation. *Trauma Berufskrankh* 2011; 13: 18-22. [3] Kohlmann T, Raspe HH. Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Rehabilitation* 1996; 35:1-8. [4] Matheson LN, Matheson ML. Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual; © PACT (Performance Assessment Capacity Testing); 1989/91. Gefördert durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. (vffr) und den Bundesverband für EFL.



Publikationen (Auswahl)

- Andreas, S., J. Lüdemann, et al. (2015). „Depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter.“ *Psychotherapeut* 60(1): 75–87.
- Angenendt, J. and M. Härter (2015). *Somatoform Disorders. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* J. D. Wright. Oxford, Elsevier. 23: 10–15.
- Becker, A., L. Pradel, et al. (2015). „Laparoscopic versus open partial nephrectomy for clinical T1 renal masses: no impact of surgical approach on perioperative complications and long-term postoperative quality of life.“ *World J Urol* 33(3): 421–426.
- Brütt, A. L., H. Schulz, et al. (2015). „Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders.“ *Disabil Rehabil* 37(3): 259–267.
- Brütt, A. L., H. Schulz, et al. (2015). „Replikation der psychometrischen Gutekriterien des ICF-PsychA&P.“ *Die Rehabilitation* 54(1): 38–44.
- Buchholz I, Thielker K, Feng Y, Kupatz P, Kohlmann T. Measuring changes in health over time using the EQ-5D 3L and 5L: a head-to-head comparison of measurement properties and sensitivity to change in a German inpatient rehabilitation sample (Originalartikel) *QUALITY OF LIFE RESEARCH.* 2015; 24(4):829–835.
- Bullinger, M., C. Blome, et al. (2015). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität – ein zentraler patientenrelevanter Endpunkt in der Nutzenbewertung medizinischer Massnahmen.“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.*
- Da Ronch, C., A. Canuto, et al. (2015). „Association of television viewing with mental health and mild cognitive impairment in the elderly in three European countries, data from the MentDis_ICF65+ project.“ *Mental Health and Physical Activity* 8: 8–14.
- Hampel, P. and L. Tlach (2015). „Cognitive-behavioral management training of depressive symptoms among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain and depressive symptoms: A 2-year longitudinal study.“ *J Back Musculoskelet Rehabil* 28: 4960.
- Härter, M., D. Heddaeus, et al. (2015). „Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen.“ *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.*
- Härter, M. and U. Koch-Gromus (2015). „Innovative Versorgungsformen und Modelle der vernetzten Versorgung.“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.*
- Kuehl, L. K., K. Hinkelmann, et al. (2015). „Hair cortisol and cortisol awakening response are associated with criteria of the metabolic syndrome in opposite directions.“ *Psychoneuroendocrinology* 51: 365–370.
- Maier, I., L. Kriston, et al. (2015). „Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund.“ *Gesundheitswesen.*
- Rana, M., M. Bullinger, et al. (2015). „Coping with Stroke: A Prospective Comparative Cross-Cultural Research.“ *Journal of Religion and Health* 54(1): 173–186.
- Rath, H. M., M. Steimann, et al. (2015). „Psychometric properties of the Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM) in a cancer population.“ *Acta Oncol* 54(2): 232–242.
- Rohenkohl, A. C., M. Bullinger, et al. (2015). „Lebensqualität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Achondroplasie.“ *Der Orthopäde* 44: 212–218.
- Sommer, R., M. Bullinger, et al. (2015). „Linking a short-stature specific health-related

quality of life measure (QoLISSY) to the International Classification of Functioning – Children and Youth (ICF-CY).“ *Disabil Rehabil* 37(5): 439-446.

- Volkert, J. and M. Härter (2015). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Psychotherapie in der Geriatrie. Aktuelle psychodynamische und verhaltenstherapeutische Ansätze*. R. Lindner and J. Hummel. Stuttgart, Kohlhammer: 30–46.
- Wartberg, L., L. Kriston, et al. (2015). „Prevalence of Pathological Internet Use in a Representative German Sample of Adolescents: Results of a Latent Profile Analysis.“ *Psychopathology* 48: 25–30.
- Wegscheider, K., A. Drabik, et al. (2015). „Nutzenbewertung aus Sicht der Versorgungsforschung und der Epidemiologie.“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*.

Rehawissenschaftliche Arbeitskreise & Kolloquien

24.06.2015 Sozialmedizinisches Kolloquium

Thema: »Krankenhausversorgung der Zukunft«. Referent: Frau Seemann, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, USKH, Campus Lübeck. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck (großer Sitzungssaal). Zeit: 16:00 – 18:00

07.07.2015 Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung

Thema: »Würde, Sinnsuche und Demoralisierung bei Krebspatienten – Beitrag existenzieller Konzepte für psychoonkologische Interventionen«. Referentin: Dr. phil. Sigrun Vehling, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Gebäude N55, 2. OG, Seminarraum 210/211 oder Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00 – 17:30.

01.09.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern

Thema: »MSK-MBOR – Ein Erfahrungsbericht«. Referenten: Herr Dr. med. Peter Kupatz, Herr Dr. med. Alexander Gankovych, »Moorbad«; Thema: »Erfahrungsbericht EFL zur Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation«. Referenten: Frau Dr. med. Karola Fritsche, MEDIAN Klinik, Bad Sülze; Thema: »Wie gut prognostiziert EFL die Rückkehr ins Erwerbsleben?«. Referenten: Frau Dipl.-Psych. Ines Buchholz, Herr Dipl.-Kaufm. Daniel Szczotkowski, M. Sc., Universitätsmedizin Greifswald. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik, »Moorbad«, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00

03.09.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein

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

23.09.2015 Sozialmedizinisches Kolloquium

Thema: »Internetbasierte Gesundheitsinterventionen und deren Potential für die Reha«. Referent: Herr Dr. Ebert, Universität Marburg. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck (großer Sitzungssaal). Zeit: 16:00 – 18:00

01.12.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern

Thema: »Ursprünge und Richtungen der Komplementärmedizin«. Referenten: Herr Dr. Hartmut Bettin, Institut für Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald; Thema: »Evidenzbasierte Phytotherapie in der modernen Rehabilitation«. Referentin: Frau Prof. Karin Kraft, Lehrstuhl für Naturheilkunde, Universitätsmedizin Rostock. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik, »Moorbad«, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00

03.12.2015 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein

Thema: »Homepage zur medizinischen Rehabilitation für niedergelassene Ärzte«. Referenten: Dr. N. Glaser-Möller, Dr. 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 – 18:00

09.12.2015 Sozialmedizinisches Kolloquium

Thema: »Aktuelle Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen«. Referent: Herr Prof. Rumpf, Universität Lübeck. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck (großer Sitzungssaal). Zeit: 16:00 – 18:00

Kolloquium Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung**WS 15/16**

Im WS 15/16 alle zwei Wochen zu unterschiedlichen Themen

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische

Psychologie, 2. OG, Seminarraum 204. Zeit: 15:00 – 17:30.

Nationale und internationale Konferenzen & Kongresse

34. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.). Thema: »Rehabilitation – positiv, ressourcenorientiert, humorvoll?«. Ort: Erkner bei Berlin. Web: <http://www.psychologie-aktuell.info/reha/ak-reha/jahrestagungen/> **25.07.2015 – 27.10.2015**

Jahrestagung der DGMP 2015. Thema: »Zeit«. Ort: München. Web: <http://www.imp.med.uni-muenchen.de/news/jahrestagung-der-dgmp-2015> **09.09.2015 – 11.09.2015**

9. DGRW-Summerschool der AG Methoden in Kooperation mit dem Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und dem Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Thüringen. Thema: »Methodische Grundlagen in der Rehabilitationsforschung«. Ort: Halle/Saale. Web: www.dgrw-online.de/kongresse-und-tagungen.html **14.09.2015 – 18.09.2015**

Gemeinsamer Kongress 2015 der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Thema: »Daten gewinnen, Wissen nutzen für die Praxis von Prävention und Versorgung«. Ort: Regensburg. Web: www.regensburg2015.de **23.09.2015 – 25.09.2015**

31st EuroQol Group Scientific Plenary meeting. Ort: Stockholm. **25.09.2015 – 26.09.2015**
Web: www.euroqol.org/euroqol/euroqol-plenary-meetings.html

33. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Thema: »Rehabilitation – positiv, ressourcenorientiert, humorvoll?«. Ort: Erkner (bei Berlin). Web: <http://www.bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe2> **25.09.2015 – 27.09.2015**

4. Fachtagung des Netzwerkes Gender in Arbeit und Gesundheit. Ort: Hannover. **29.09.2015 – 30.09.2015**
Web: www.wa.uni-hannover.de/8923

ISOQOL 22nd Annual Conference. Thema: »The Matrix: Quality of Life in Social Context«. **21.10.2015 – 24.10.2015**
Ort: Vancouver, Canada. Web: <http://www.isoqol.org/2015conference>

DGPPN Kongress 2015. Thema: »Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken« Ort: Berlin. **25.11.2015 – 28.11.2015**
Web: www.dgppn.de/en/kongress

Weitere aktuelle Fortbildungsangebote finden Sie auf den Internetseiten des DVFR (www.dvfr.de/servicebereich/veranstaltungs-kalender/) und der DEGEMED (www.degemed.de/events/category/events/1-termineveranstaltungen).

**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