

Forschung in der Rehabilitation



Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsche
Rentenversicherung

Impressum

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
10704 Berlin

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Referat Gesundheitsforschung
10115 Berlin

Text

KONTEXTGesundheit GbR, Berlin
Verena Pimmer, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Gestaltung

beer. agentur für kommunikation gmbh,
Rangsdorf

Druck

H. Heenemann GmbH & Co., Berlin

Berlin 2009

Bildquellen

Titel links, S. 7, 15, 41: PT DLR/BMBF; Titel rechts,
S. 4 oben: Galina Barskay/fotolia; S. 1 oben: BMBF;
S. 1 unten, S. 42: Bildarchiv DRV Bund; S. 2: HiDee
Fuchs/fotolia; S. 4 unten, 30 unten: iofoto/fotolia; S. 10
oben, 16, 20, 28 oben, 28 unten, 33, 43, 47, 49, 51: pri-
vat; S. 10 unten: Reha-Zentrum Bad Eilsen; S. 12, 18,
24 unten, 26, 29, 32, 35: Bildarchiv DRV Bund/Tesch-
ner; S. 17: Agentur müller: kommunikation, Dortmund;
S. 19, 34: Bildarchiv DRV Bund/Machowina; S. 21:
Rupp, Schlossklinik Bad Buchau (Buchauer Modell);
S. 22: Niemeyer, Bad Rothenfelde; S. 24 oben: frood-
mat/Photocase; S. 30 oben: vgstudio/fotolia; S. 37:
Rainer Stur/Pixelio; S. 38: Johanna Fecke/Photocase;
S. 39, 40: Klinik Höhenried/Marquart, Tutzing; S. 48:
Alexandr Denisenko/fotolia; S. 52: Bildarchiv DRV
Bund/Wiedl.

Forschung in der Rehabilitation

Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsche
Rentenversicherung

Vorwort

Die Häufigkeit chronischer Krankheiten hat in Deutschland in den zurückliegenden Jahrzehnten erheblich zugenommen – nicht zuletzt aufgrund der steigenden Lebenserwartung. Die medizinische Rehabilitation wird deshalb immer wichtiger. Sie soll Menschen mit chronischen Krankheiten eine möglichst weitgehende und selbständige Teilhabe am Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft ermöglichen.

Zur Stärkung und Weiterentwicklung der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland haben das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung bereits 1996 den gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ initiiert. Bis 2007 wurden acht regionale Forschungsverbünde mit rund 40 Millionen Euro gefördert, um praxisnahe Erkenntnisse für die medizinische Rehabilitation zu gewinnen und die Qualität der Rehabilitationsforschung sowie ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen.

Die Rehabilitationsforschung hat durch den Förderschwerpunkt einen starken Schub erhalten. Dies zeigt sich nicht nur in der Gründung einer eigenständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Sowohl an den Universitäten als auch in den Rehabilitationseinrichtungen selbst ist die rehabilitationswissenschaftliche Forschung heute wesentlich stärker verankert. Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation sind gestiegen.

Die rund 160 Forschungsprojekte haben für verschiedene Krankheitsbilder und Zielgruppen gezeigt: Rehabilitation ist wirksam und rechnet sich.

Die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis erfordert allerdings nicht nur eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten und klare Ziele, sondern auch Engagement und Zeit.

Das Konzept der Verbundförderung ist aufgegangen. Das belegen die Beispiele in der vorliegenden Broschüre eindrucksvoll. Vorgestellt werden ausgewählte Ergebnisse des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ mit ihren konkreten Auswirkungen auf die Praxis.

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ steht für ein erfolgreiches Modell der gemeinsamen Forschungsförderung von Forschungsministerium und Sozialversicherungsträger. Die Kooperation hat den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis unterstützt und die Nachhaltigkeit der Förderung sichergestellt. Mit dem seit 2007 durch BMBF, Rentenversicherung und Krankenversicherungen gemeinsam getragenen Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ setzen wir diese erfolgreiche Zusammenarbeit fort.

Dr. Annette Schavan
Bundesministerin für Bildung und Forschung

Dr. Herbert Rische
Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Dr. Annette Schavan, MdB



Dr. Herbert Rische



Einführung

4 Einführung

Rehabilitation und der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

- 6 Was leistet Rehabilitationsforschung?
- 7 Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

Patientenschulung

10 Patientenschulung

Anders als Schule

- 10 Was Patientenschulung bedeutet
- 12 Patientenschulung nutzt mehrfach
- 14 Die besten Konzepte kennen und verbreiten
- 15 Einführung von Schulungsprogrammen
- 17 Nächste Schritte

Berufliche Orientierung

18 Berufliche Orientierung

Wieder arbeiten können

- 18 Screening-Instrumente
- 21 Interventionsbausteine
- 23 Nächste Schritte

Psychische Komorbidität

24 Psychische Komorbidität

Oft erkrankt die Seele mit

- 24 Psychische Störungen äußern sich vielfältig
- 25 Forschung klärt die Ausgangslage
- 26 Lösungen für die Praxis
- 29 Nächste Schritte

Angehörige

30 Angehörige

Den Helfenden helfen

- 30 Angehörige im Stress
- 30 Patientinnen und Patienten brauchen Unterstützung
- 30 Auch Helfende brauchen Unterstützung
- 33 Nächste Schritte

Nachsorge

34 Nachsorge

Den Behandlungserfolg sichern

- 34 Nachhaltig bleiben
- 35 Reha-Angebote, die ankommen
- 36 Für Jede und Jeden das Richtige finden
- 37 Nächste Schritte

Frauen und Männer

38 Frauen und Männer

Der kleine große Unterschied

- 38 Frauen und Männer unterscheiden sich
- 39 Frauenherzen schlagen anders
- 39 Spezielle Angebote für Patientinnen
- 40 Nächste Schritte

Umsetzung

41 Umsetzung

Von der Forschung in die Praxis

- 41 Erprobung unter Alltagsbedingungen
- 43 Flächendeckende Umsetzung
- 45 Rolle der Rentenversicherungsträger
- 47 Fazit

Struktureffekte

48 Struktureffekte

Die Rehabilitation ist in der Wissenschaft angekommen

- 48 Forschungsverbände, Fördervereine und Netzwerke
- 49 Rehabilitation in Forschung und Lehre
- 51 Forschung auf hohem methodischen Niveau
- 52 Erfolgsmodell Kooperation in der Forschungsförderung
- 53 Perspektiven

Anhang

54 Anhang

- 54 Förderinstitutionen
- 54 Forschungsverbände: Weiterführung und Adressen
- 58 Literatur

Einführung

Rehabilitation und der
Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“



Chronische Krankheiten oder schwere Operationen: Rehabilitation hilft derartige Lebensereignisse zu bewältigen. Vor allem wegen der steigenden Zahl chronisch Erkrankter, die häufig auch an mehreren Krankheiten leiden, gewinnt die Rehabilitation an Bedeutung. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden.

Wichtige Ziele der Rehabilitation sind

- das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung aufzuhalten, Verluste oder Einschränkungen von Fähigkeiten ganz oder teilweise zu beseitigen oder zu kompensieren,
- ein möglichst gutes psychisches Verarbeiten der Krankheit sowie ein gesundheitsgerechtes Verhalten zu fördern,
- gezielt die Bewältigung der Anforderungen in Beruf, Gesellschaft und Familie zu unterstützen,
- den Verbleib im Berufsleben oder eine erfolgreiche Rückkehr in das Berufsleben zu erreichen.

Bei chronischen Krankheiten führt die medizinische Behandlung oft nicht zur Heilung. Dann heißt das zentrale Ziel der Rehabilitation, die selbstbestimmte Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben weitgehend (wieder) zu ermöglichen sowie Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhöhen. Rehabilitationsleistungen sollen krankheitsbedingte Störungen einzelner Fähigkeiten (zum Beispiel nicht Treppen steigen können) sowie beruf-

liche und soziale Beeinträchtigungen (zum Beispiel nicht mehr lange hinter der Verkaufstheke stehen können, mit den Verwandten und Freunden nicht mehr flüssig sprechen können) beseitigen oder zumindest abschwächen. Unter aktiver Mitwirkung der Patienten behandelt ein interdisziplinäres Team körperliche, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankung.

Rehabilitation: Breites Spektrum in Deutschland

In Deutschland besteht ein breites Angebot rehabilitativer Maßnahmen. Man unterscheidet medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation. Die vorliegende Broschüre konzentriert sich – dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ entsprechend – auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Medizinische Reha-Leistungen werden derzeit vor allem als mehrwöchige stationäre Behandlungen in speziellen Reha-Einrichtungen durchgeführt. Seit einigen Jahren nimmt die ambulante Rehabilitation zu, bei der sich die Rehabilitand(inn)en nur tagsüber zu den Therapiezeiten in der wohnortnahen Reha-Einrichtung aufhalten. Zusätzlich gibt es die Reha-Nachsorge, die sich an die stationäre oder ambulante Rehabilitation anschließt, um die Ziele der Rehabilitation vollständig zu erreichen und die gelernten neuen Verhaltensweisen im Alltag zu festigen (zum Beispiel als Reha-Sport oder ambulante Herzgruppe).

In der medizinischen Rehabilitation, die von der Rentenversicherung finanziert wird, sind die Krankheiten des Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen am häufigsten (siehe Abbildung 1).

Rehabilitation: Anstoß und Hilfe zur Selbsthilfe

Die gesundheitliche Versorgung chronisch kranker Menschen ist nur dann gut, wenn sie sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Niemand kann gegen seinen Willen rehabilitiert werden. Rehabilitation stellt deshalb nicht das Behandelt-Werden, sondern das eigene



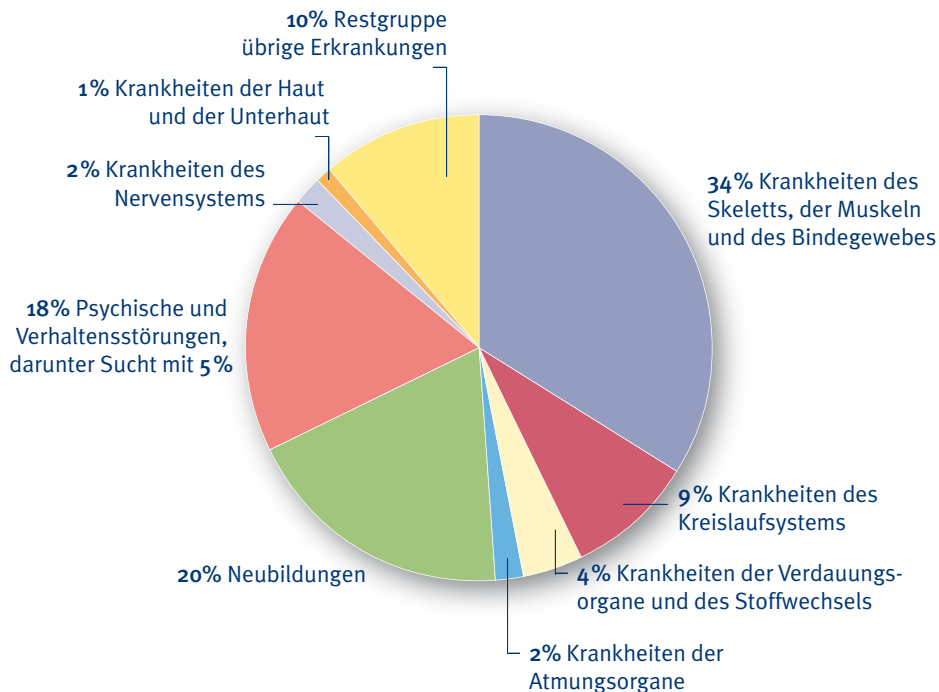


Abbildung 1: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene nach Diagnose im Jahr 2007

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2008)

Handeln der Patient(inn)en in den Vordergrund. Dies ist besonders dann wichtig, wenn sich bereits vorhandene Krankheiten nicht verschlimmern sollen oder es gilt, ihre Folgeschäden zu vermeiden.

Die Rehabilitation endet nicht mit dem Verlassen der Klinik oder des Reha-Zentrums. Vielmehr soll sie ein Startschuss sein, nach dem Erlerntes zu Hause weiter praktiziert wird: Je nach Erkrankung kommen dafür die verschiedenen Elemente der Rehabilitation wie Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsübungen oder Ernährungsberatung in Frage.

Rehabilitation: Ein integrativer Ansatz

Rehabilitation beschränkt sich nicht auf die Behandlung des Körpers, sondern schließt immer die Psyche und das berufliche und soziale Umfeld mit ein. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz ist für viele Kranke unverzichtbar. Die Rehabilitation ergänzt und erweitert die Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder im Krankenhaus. Führt man sich die immer kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern und die zu-

Wer bezahlt die Rehabilitation?

Neben der Rentenversicherung als wichtigstem Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation erbringen vor allem die Krankenkassen (für Nicht-erwerbstätige) und die gesetzliche Unfallversicherung (für Berufskrankheiten und Arbeits-/Wegeunfälle) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

nehmend knapper kalkulierten (Zeit-)Budgets im niedergelassenen Bereich vor Augen, wird dieser Gesichtspunkt immer wichtiger.

Was passiert in der Rehabilitation?

Zu Beginn der Rehabilitation erarbeiten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit den Patient(inn)en gemeinsam die Reha-Ziele und einen Therapieplan. Art und Umfang der verschiedenen Behandlungselemente werden auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Rehabilitand(inn)en zugeschnitten (siehe Kasten Seite 6). Im Verlauf der Rehabilitation arbeiten dann verschiedene Berufsgruppen in einem Team eng zusammen. Auch kann es sinnvoll sein, Angehörige einzubeziehen.

Behandlungselemente der Rehabilitation

Die Behandlung während der Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Ärztliche Behandlung
- Sport- und Bewegungstherapie
- Physiotherapie
- Information, Motivation, Schulung
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
- Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie
- Klinische Psychologie, Neuropsychologie
- Reha-Pflege
- Physikalische Therapie
- Rekreationstherapie
- Ernährung

Je nach Krankheitsbild können weitere Therapieelemente wichtig sein, zum Beispiel Psychotherapie, Sprachtherapie oder Arbeitstherapie. Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Arbeitgeber/Betriebsarzt, Rehabilitationsberatern und anderen können darüber hinaus bei der sozialen und beruflichen (Wieder-)Eingliederung helfen.

Lohnt sich die Rehabilitation?

Viele Rehabilitand(inn)en der Rentenversicherung sind von einer vorzeitigen Berentung wegen Erwerbsminderung bedroht. In den meisten Fällen gelingt es, die Erwerbsminderungsrente zu vermeiden oder hinauszuzögern. Berechnungen be-

legen, dass bereits nach vier Monaten, in denen eine vorzeitige Berentung hinausgezögert werden kann, für die Rentenversicherung der Nutzen (eingenommene Beitragszahlungen, nicht geleistete Rentenzahlungen) die Kosten einer medizinischen Rehabilitation übersteigt (siehe Abbildung 2).

Was leistet Rehabilitationsforschung?

Die Rehabilitation ist Teil eines sich ständig verändernden Sozial- und Gesundheitssystems. Um auf neue Entwicklungen zu reagieren und Veränderungen mitzugestalten, ist sie auf Ergebnisse rehabilitationswissenschaftlicher Forschung angewiesen. Die Rehabilitationswissenschaften entwickeln und überprüfen die Konzepte, Methoden und Strukturen rehabilitativer Versorgung. Die Forschung untersucht insbesondere die Wirksamkeit der einzelnen Therapiebausteine und der Rehabilitation insgesamt. Dies dient als Grundlage für die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Aus dem umfassenden bio-psycho-sozialen Ansatz der Rehabilitation leitet sich die Interdisziplinarität der Reha-Wissenschaften ab: Über die Medizin hinaus arbeiten viele andere wissenschaftliche Fachgebiete zusammen (Psychologie, Sozialwissenschaften, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften und andere).

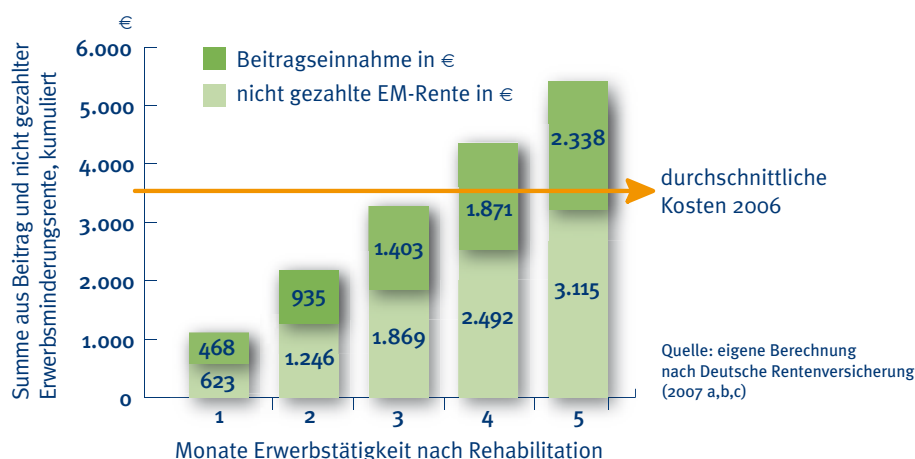


Abbildung 2: Das Modell zeigt, ab welchem Zeitpunkt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung mehr Kosten sparen, als sie verursachen (so genannte Amortisation).

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

Bis in die 90er Jahre hinein wurde die Rehabilitationsforschung in Deutschland von den Universitäten und Hochschulen vernachlässigt. Um die Rehabilitationsforschung auf eine breitere und ausreichende Basis zu stellen, richteten das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung (damals Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR) 1996 den gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ein.

Der Förderschwerpunkt verfolgte zwei Ziele: Neue Erkenntnisse zu wichtigen Fragen der Rehabilitation zu gewinnen und eine tragfähige Infrastruktur für die Rehabilitationsforschung zu etablieren.

Gemeinsame Gesundheitsforschung

Die gemeinsame Forschungsförderung durch das Bundesforschungsministerium und die Rentenversicherung als einem großen Leistungsträger war Ende der 90er Jahre etwas völlig Neues in der Gesundheitspolitik und -forschung. Dabei traf das Interesse des Forschungsministeriums an langfristig lebensfähigen Forschungsstrukturen mit dem Interesse der Rentenversicherung an praxisnahen Ergebnissen der Reha-Forschung zusammen.



Eckdaten des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“

- Gemeinsames Programm von Deutscher Rentenversicherung und BMBF
- 2 Ziele: Erkenntnisgewinn und Aufbau von Forschungsstrukturen
- Bekanntmachungen 1996, 2000, 2004
- Internationaler Gutachterkreis
- 8 Forschungsverbünde
- 2 Förderphasen à 75 Projekte: 1998–2002, 2001–2005
- Umsetzungsphase mit 10 Projekten: 2005–2007
- Fördervolumen insgesamt ca. 40,9 Mio. Euro



Systematische Förderung von Forschungsinfrastruktur

Der Förderschwerpunkt unterstützte regionale Forschungsverbünde, bei denen die einzelnen Forschungsprojekte gebündelt und die Forschung thematisch fokussiert wurden. Die acht regionalen Verbünde verteilen sich über die gesamte Bundesrepublik (siehe Abbildung 3) und waren jeweils durch ein Verbundthema charakterisiert (siehe Tabelle 1).

In jedem der Forschungsverbünde arbeiteten Wissenschaftler(innen) unterschiedlicher Fachgebiete zusammen. Zugleich war die Zusammenarbeit von Reha-Trägern, Universitäten oder reha-wissenschaftlichen Instituten sowie Reha-Einrichtungen gewährleistet. Sie legte auch das Fundament für eine über die Förderung hinausgehende Kooperation dieser Institutionen. Vor allem aber wurde dadurch der direkte und alltägliche Praxisbezug gewährleistet. Die Bündelung regionaler Aktivitäten ermöglichte in den Verbänden gegenseitige Unterstützung und Kritik.

Die insgesamt rund 160 Projekte behandelten verschiedenste anwendungsnahe Fragestellungen aus der medizinischen Rehabilitation. Sie deckten alle in der Rehabilitation wichtigen Indikationen ab

Abbildung 3:
Deutschlandkarte mit
Verbänden
und Projekten



und schlossen auch die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ein (siehe Tabelle 2).

Ergebnisse des Förderschwerpunkts

Die Forschungsarbeiten des Förderschwerpunkts belegen die Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Rehabilitation. Dies gilt etwa für Behandlungsbausteine wie didaktisch aufbereitete Patientenschulungen oder spezifische beruflich orientierte Behandlungsprogramme.

Viele der beteiligten Reha-Einrichtungen haben die positiv evaluierten Programme nach Ende der Forschungsprojekte in ihre Routine übernommen.

Tabelle 1: Verbände und Verbundthemen

Forschungsverbund	Verbundrahmenthema
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern (RFB)	Patienten in der Rehabilitation: Störungsspezifische und übergreifende Ansätze zu Fragen der Motivation, Krankheitsbewältigung, Intervention und Evaluation
Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS)	Theoretische und praktische Grundlagen der Reha-Organisation und -Ökonomie
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen (RFV)	Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen (RFNB)	Reha-Ergebnisse: Prädiktion, Verfahrensoptimierung, Kosten
Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF)	Optimierung der Rehabilitation: Bedarfsermittlung, Effektivitätssicherung und Organisationsentwicklung
Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften	Zukunftsstrategien für die Rehabilitation – Wirksamkeit und Qualitätsmanagement
Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern	Schnittstellenprobleme in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung praxisorientierter Lösungsansätze
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm	Bausteine der Reha

Tabelle 2: Projekte des Förderschwerpunkts nach Themenschwerpunkten (mit Mehrfachnennungen)

Themenschwerpunkte	Anzahl Projekte
Reha-System (Flexibilisierung, Überwindung von Schnittstellenproblemen, Erfassung des Reha-Bedarfs usw.)	49
Weiterentwicklung und Evaluation von Reha-Leistungen	38
Ökonomische Aspekte der Rehabilitation	29
Patienten in der Rehabilitation (Reha-Motivation, Bewältigung der Krankheitsfolgen usw.)	26
Krankheitsverlauf und Vorhersage des Reha-Erfolgs	26
Reha-Diagnostik	24
Aspekte der beruflichen Rehabilitation	14
Gestaltung der Nachsorge	12
Geschlechtsspezifische Aspekte	8
Häufigkeit und Verteilung reha-relevanter Erkrankungen (Epidemiologie)	7

Medizinische Rehabilitation ist wirksam und rechnet sich

Insgesamt zeigen die Studien, dass die medizinische Rehabilitation den Gesundheitszustand unmittelbar nach der Maßnahme erheblich verbessert. Für viele Rehabilitand(inn)en bleibt die Wirkung auch mittel- oder langfristig erhalten. Die Rehabilitation schafft demnach die Voraussetzungen für eine weitere Erwerbstätigkeit.

Die Ergebnisse des Förderschwerpunkts geben praxisrelevante Anstöße für die Verbesserung der Versorgung der einzelnen Patient(inn)en und der Versorgungsstrukturen. Die Umsetzung in den klinischen Alltag der Reha-Einrichtung ist jedoch komplex und geschieht nicht von allein. Um den Umsetzungsprozess zu unterstützen, wurden im Anschluss an die beiden Förderphasen zehn spezielle Transferprojekte gefördert. Sie begleiteten die Weiterentwicklung und Einführung von Behandlungsbausteinen in die Versorgungsroutine oder entwickelten die Forschungsergebnisse bis zur Praxistauglichkeit weiter (siehe Kapitel Umsetzung).

Rehabilitation in Forschung und Wissenschaft

Die Rehabilitationsforschung hat durch den Förderschwerpunkt einen starken Schub erhalten. Das Fach Rehabilitation ist inzwischen an vielen Universitäten und Hochschulen verankert; an den Standorten der acht geförderten regionalen Forschungsverbünde haben sich besonders leistungsstarke Arbeitsgruppen etabliert, welche auch die Lehre mit voranbringen. Rehabilitationsforschung ist als wissenschaftliche Disziplin mit eigener Fachgesellschaft etabliert. Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation sind gestiegen.

Über ihr engeres Fachgebiet hinaus haben die Reha-Wissenschaften mit ihren Forschungsmethoden und ihrem sektorenübergreifenden Ansatz eine große Bedeutung für die Versorgungsforschung insgesamt. Das hier erfolgreich erprobte Modell einer gemeinsamen Förderung durch Sozialversicherungsträger und Forschungsministerium wird fortgesetzt (siehe Kapitel Struktureffekte).

Patientenschulung

Anders als Schule



Patientenschulungen sind aus der medizinischen Rehabilitation nicht mehr wegzudenken. Aus gutem Grund: Patientinnen und Patienten merken, dass sie durch die Schulungen mit ihrer Erkrankung und deren Folgen in Alltag und Beruf besser zu Recht kommen. Projekte im Förderschwerpunkt konnten diese Erfahrungen wissenschaftlich untermauern.



Patientenschulung in der Kleingruppe

Zunächst weckt der Begriff „Schulung“ vielleicht die Erinnerung an die Schulzeit, mit Frontalunterricht und Klassenarbeiten. In der Rehabilitation meint Patientenschulung aber etwas grundlegend Anderes. In einer kleinen Gruppe, angeleitet und moderiert, wird gemeinsam erarbeitet, was für den Umgang mit der Erkrankung wichtig ist. So geht es beispielsweise darum zu wissen, wie Rheuma zu-

stande kommt, aber auch praktisch zu üben, wie sich Handgelenke entlasten lassen, damit sich die Krankheit nicht verschlimmert. Asthmakranke sollen die Wirkstoffe ihrer Medikamente nicht auswendig lernen, aber erkennen, wann welches zusätzliche Medikament notwendig ist, um sich vor einem akuten Asthmaanfall zu schützen.

Auch spielt der Umgang mit der meist chronischen Erkrankung im sozialen Umfeld, zu Hause oder am Arbeitsplatz eine große Rolle: Wie gehe ich damit um, wenn mich meine Nachbarn oder Kollegen auf meine Erkrankung ansprechen? Welche Belastungen sollte ich künftig vermeiden?

Patientenschulung hilft, den für die Einzelnen jeweils besten Weg zu finden. Die Bedürfnisse und Erfahrungen der Teilnehmenden, die dabei auch voneinander lernen, stehen im Vordergrund.

Was Patientenschulung bedeutet

Nur wenn man von den Vorstellungen der Versicherten über ihre Krankheit, von ihren Bedürfnissen und Zielen, aber auch von den Möglichkeiten der Behandlung ausgeht, gelingt es, wichtige Rehabilitationsziele zu erreichen: aktives Mitarbeiten in der Rehabilitation (Compliance), selbstverantwortliches Umgehen mit der Krankheit (Selbst-

Tabelle 3: Aufbau einer Patientenschulung bei Morbus Bechterew

Modul	Thema	Schulende Berufsgruppe
1	Krankheitsbild und -ursachen, Diagnostik	Arzt/Ärztin
2	Krankengymnastik	Physiotherapeut(in)
3	Schmerz und Schmerzbewältigung	Psychologe/Psychologin
4	Medikamentöse und operative Behandlungsmöglichkeiten	Arzt/Ärztin
5	Wirbelsäulengerechtes Verhalten im Alltag	Ergotherapeut(in)
6	Alltags- und Krankheitsbewältigung	Psychologe/Psychologin und Co-Therapeut(in)

Quelle: Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1998), zitiert nach Ehlebracht-König & Bönisch (2007)

management) und informiertes Mitentscheiden im Rehabilitationsprozess (Empowerment). Patientenschulung holt die Erkrankten deshalb da ab, wo sie im Krankheitsverlauf gerade stehen.

Langfristige Verhaltensänderungen hängen wesentlich vom sozialen Umfeld ab – es kann Verhaltensänderungen fördern, aber ebenso erschweren. Eine gute Patientenschulung nimmt daher auch die familiäre Situation oder den Arbeitsplatz der Betroffenen in den Blick.

Durch Schulungen werden Patient(inn)en sicherer im Umgang mit ihrer Erkrankung, sie wissen, was hinter ihrer Therapie steckt. Außerdem erfahren sie durch den Austausch mit Mitpatient(inn)en, wie eine gleiche oder ähnliche Behandlung Anderen nutzt (Beispiel siehe Tabelle 3).

Inhalte guter Patientenschulung

Um die Qualität der Schulungen langfristig zu sichern, hat der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ unter anderem herausgearbeitet, welche Inhalte erfolgreiche Patientenschulungen kennzeichnen:

- Vermittlung von *Gesundheits- und Krankheitswissen*: Damit ist die Information über die Krankheit, deren Auswirkungen und die Behandlungsmöglichkeiten gemeint.
- Motivierung zur *Verhaltensänderung*: Dazu gehört, Risikofaktoren ab- und einen gesunden Lebensstil (zum Beispiel ausreichend körperliche Bewegung) aufzubauen.
- Verbesserung der *Handlungskompetenz*: Die Patient(inn)en trainieren Fertigkeiten zur Selbstdiagnostik und -behandlung. Dazu zählen die richtige Anwendung eines Blutzuckermessgeräts oder etwa die Sicherheit im Umgang mit dem Asthmaspray.
- Verbesserung der *Stressbewältigung*: Dazu dienen Entspannungstechniken wie das Autogene

Training, aber auch ein bewusster Umgang mit beruflichen und anderen Belastungen (beispielsweise „Nein“-sagen können).

- *Training sozialer Kompetenzen*: Das bezieht sich auf Umgang und Zusammenarbeit mit Anderen. Suche nach sozialer Unterstützung, Fragen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Kritik angemessen ausdrücken können sind Beispiele dafür.
- *Psychologische Unterstützung*: Das bedeutet, Wege zu erarbeiten, sich in besonders belastenden Erkrankungsphasen Unterstützung zu suchen, in hilfreichen Gesprächen mit Angehörigen, Therapeut(inn)en oder auch mit anderen Betroffenen.
- Vorbereitung auf die *Zeit danach*: Hier wird zum Thema, wie das in der Schulung Gelernte und Erfahrene im Alltag erfolgreich weitergeführt werden kann.

Auf diese Weise mobilisiert Patientenschulung die Fähigkeiten und Kompetenzen der Teilnehmenden als wichtige Ressourcen, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.



Erfolgreiche Patientenschulung unterstützt die Patient(inn)en auf mehreren Ebenen.

Abbildung 4: Elemente der Patientenschulung

Patientenschulung nutzt mehrfach

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ hat die Wirksamkeit von Patientenschulungen auf verschiedenen Ebenen nachgewiesen:

- Schulung wirkt sich durch nachhaltige Verhaltensänderungen günstig auf den Krankheitsverlauf aus (medizinische Ebene). So zeigten Patient(inn)en mit Nierenerkrankungen, die während ihrer Rehabilitation an einer strukturierten Patientenschulung teilgenommen hat-

ten, ein Jahr danach immer noch eine bessere Nierenfunktion und günstigere Blutdruck- und Cholesterinwerte als Rehabilitand(inn)en ohne die Schulung.

- Schulung verbessert die Lebensqualität und die soziale Integration (psychosoziale Ebene). Eine standardisierte Schulung zu chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung verbesserte die Lebensqualität und den Gesundheitszustand der Teilnehmer(innen) und erhöhte deren körperliche Aktivität.

INTERVIEW

Im Gespräch – Was Schulung dem Patienten bringt

T. S., heute Mitte 50, erkrankte vor 30 Jahren an Morbus Bechterew. Die Erkrankung, auch Spondylitis ankylosans – versteifende Wirbelentzündung – genannt, führt zu zunehmender Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule. Trotz der Krankheit arbeitet T. S. als Maschinenfahrer in Schichtarbeit. Vor vier Jahren nahm er während einer stationären Rehabilitation zum ersten Mal an einer Patientenschulung teil.

Mit welchem Gefühl sind Sie in die erste Schulung gegangen?

Ich war neugierig, aber eine richtige Vorstellung hatte ich erst einmal nicht.

Worum ging es in der Schulung?

Es ging zum Beispiel um die Entstehung und den Verlauf der Krankheit, Medikamente und neue Forschung, Möglichkeiten der Arbeitserleichterung und Ergotherapie. An einem Nachmittag war der Vorsitzende des örtlichen Morbus Bechterew-Verbands dabei, der uns über seine Arbeit in der Selbsthilfe berichtete.

Was fanden Sie an der Schulung besonders gut?

Inhaltlich hat mich der Schulungsteil zu neuer Forschung und Medikamenten sehr interessiert. Vor allem die Nebenwirkungen wurden gut erklärt. Außerdem wurde uns der Aspekt Bewegung besonders intensiv vermittelt. Bewegung ist bei Morbus Bechterew das, was wirklich hilft, selbst wenn sie schmerzt. In jedem der Schulungsblöcke bekamen wir außerdem schriftliche Unterlagen. Dadurch konnte ich später zu Hause bestimmte Themen immer wieder auffrischen.

Wie fühlten Sie sich in der Gruppe?

In der Schulung selbst herrschte eine lockere Atmosphäre. Wir waren 10 Patienten, darunter auch junge Leute, die noch wenig über die Erkrankung wussten. Man kommt schnell miteinander ins Gespräch und tauscht Erfahrungen aus. Man bekommt die Probleme der anderen mit, erfährt aber auch, wie sie die Probleme lösen. Die Teilnehmer, die ich kenne, sind alle gut auf die Schulungen zu sprechen.

Was hat Ihnen die Schulung langfristig gebracht?

Ich habe die Bewegungsübungen im Alltag nach der Reha weiter gemacht. Und ich habe hinterher mit dem Arzt darüber gesprochen, ob nicht neue Medikamente eine Möglichkeit für mich sein könnten. Die Schulung hat mir mit Sicherheit geholfen.

Gibt es einen Rat, den Sie Patient(inn)en, die noch vor Schulungen stehen, gern mitgeben möchten?

Sie sollten positiv an die Schulung herangehen und sich erst einmal anhören, was kommt. Man sieht dann schon, ob die Schulung etwas für einen ist oder nicht.



Schulungen ermöglichen den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer(innen) untereinander.

■ Schulung spart Kosten durch Verringerung von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung (ökonomische Ebene). Eine Studie verfolgte Rehabilitand(inn)en mit und ohne Patientenschulung bei chronischer Polyarthrititis über sieben Jahre. In diesem Zeitraum lagen die indirekten Kosten bei den geschulten Versicherten um durchschnittlich 24.000 Euro pro Person niedriger – bei einem Mehraufwand von nur etwa 137 Euro Schulungskosten pro Teilnehmer(in).

Wesentlicher Grund für die Einsparung: Die Patient(inn)en der Schulungsgruppe wurden seltener bzw. später erwerbsunfähig.

Eine Vielzahl von Projekten hat sich mit folgenden, für die Rehabilitation wichtigen Krankheitsbildern beschäftigt (Faller et al. 2005; siehe Tabelle 4). Für einzelne Erkrankungen wurden verschiedene Schulungsansätze miteinander verglichen, um die am besten wirksame Methode zu bestimmen.

Tabelle 4: Auswahl von Patientenschulungsprojekten aus dem Förderschwerpunkt zu typischen Reha-Indikationen

Indikation	Wichtigste Ergebnisse der Schulung	Forschungsverbund
Asthma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung des Wissens um die Erkrankung bei erwachsenen Asthmatikern und Eltern asthmakranker Kinder ■ Verbesserte krankheitsbezogene Lebensqualität 	Niedersachsen-Bremen
Bandscheiben-OP/ Chronische Rückenschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hohe Akzeptanz ■ Verbesserte Schmerzverarbeitung 	Norddeutschland
Morbus Bechterew	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung des Wissens um die Erkrankung ■ Höhere Selbstwirksamkeit ■ Weniger Arbeitsunfähigkeitstage 	Niedersachsen-Bremen
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Klinisch bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität ■ Verbesserung des körperlichen Funktionszustands bzw. des allgemeinen Gesundheitszustands 	Bayern
Chronische Polyarthrititis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deutliche Verzögerung des Beginns der Erwerbsunfähigkeit 	Niedersachsen-Bremen
Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deutlich weniger epilepsiebezogene Ängste bei epilepsiekranken Kindern und deren Eltern ■ Deutlich geringere Anfallsfrequenz 	Norddeutschland
Neurodermitis (Eltern)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung des Wissens um die Erkrankung ■ Verbesserung der Lebensqualität 	Niedersachsen-Bremen
Neurodermitis (Kinder)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Hautsymptome 	Niedersachsen-Bremen
Nierenerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signifikant bessere Kreatininwerte nach einem Jahr ■ Bessere Blutdruck- und Cholesterinwerte in der Schulungsgruppe ■ Deutlich weniger Arbeitsunfähigkeitstage und akute stationäre Krankenhausaufenthalte 	Bayern

Weitere Informationen zu derzeit verfügbaren Patientenschulungen für Erwachsene, zu wissenschaftlichen Publikationen und Evaluationsergebnissen finden sich im Internet unter:
www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank

Die besten Konzepte kennen und verbreiten

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ sowie internationale Studien zeigen übereinstimmend, dass Patientenschulungen wirksam sind und ihr Nutzen den für sie notwendigen Aufwand rechtfertigt.

Die Umsetzung von bewährten Schulungsprogrammen in die Routineversorgung ist jedoch vielschichtig und erfordert vielfältige Aktivitäten. Umsetzungsprojekte des Förderschwerpunkts dienen dazu, den Forschungsergebnissen den Weg in die Praxis der Rehabilitation zu bahnen.

Zentrum Patientenschulung

Das „Zentrum Patientenschulung“ in Würzburg, eines der Umsetzungsprojekte, hat ein umfassendes Serviceangebot aufgebaut, das die Verbreitung bewährter Schulungsprogramme in der

Reha-Praxis unterstützt und so auch zur Qualitätsverbesserung der Schulungen beiträgt (Faller et al. 2007; Ströbl et al. 2007a).

Mitarbeiter(innen) aus Rehabilitationseinrichtungen und anderen Institutionen (zum Beispiel Reha-Träger oder Selbsthilfegruppen) werden vernetzt und beraten. Das Zentrum führte eine bundesweite Bestandsaufnahme aller aktuellen Patientenschulungsprogramme durch. Diese Programme sind in einer Online-Datenbank verfügbar, zusammen mit Informationen, die eine Bewertung der Programme erlauben. Eine Online-Börse mit Fortbildungsmöglichkeiten für Reha-Mitarbeiter(innen), so genannte Train-the-Trainer-Seminare, steht auf der Homepage ebenfalls zur Verfügung. Das Angebot regelmäßiger Tagungen, Workshops und Publikationen dient darüber hinaus dem wissenschaftlichen und praktischen Austausch.

Qualitätskriterien für Patientenschulungen

Neben diesen Serviceangeboten formulierte das Zentrum Anforderungen an Patientenschulungen. Dabei wurden Qualitätskriterien unter Mitwirkung vieler Expert(inn)en in einem formalen Konsensverfahren zusammengestellt (Ströbl et al. 2007b).

- Schulungshandbuch: Ein Manual soll eine einheitliche Durchführung der Schulung mit konstanter Qualität sicherstellen. Dabei kann ein Schulungslehrplan modular aufgebaut sein und im Baukastenprinzip Gestaltungsspielräume bei der praktischen Umsetzung der Schulungseinheiten erlauben.
- Ziele der Patientenschulung: Neben dem Wissenserwerb sollten das Training von Fertigkeiten, die Motivation zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil, die Krankheitsbewältigung und das Training krankheitsspezifischer sozialer Kompetenz im Mittelpunkt stehen.
- Interaktive Didaktik statt Frontalvortrag: Aktivierende Methoden wie zum Beispiel Kleingruppenarbeit oder Rollenspiele binden die



Homepage des Zentrums Patientenschulung
www.zentrum-patientenschulung.de

Patient(inn)en aktiv ein. Auf ihre Anliegen wird konkret eingegangen und die Teilnehmenden lernen voneinander.

- **Transfer in den Alltag:** Die Umsetzung von Gelerntem in den Alltag wird vorbereitet. Hilfreich kann hier der Einbezug von Angehörigen sein.
- **Teilnehmerorientierung:** Die Schulung knüpft an den Erwartungen und Bedürfnissen der Teilnehmenden an und richtet ihr Vorgehen daran aus.
- **Interdisziplinärer Ansatz:** Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen können die unterschiedlichen Themen der Schulung kompetent abdecken.
- **Soweit möglich geschlossene Kleingruppen:** Patient(inn)en können freier auch über persönliche oder belastende Themen sprechen.

Einführung von Schulungsprogrammen

Ein weiteres Umsetzungsprojekt des Förder-schwerpunkts begleitete die modellhafte Einführung evaluierter Schulungsprogramme für Morbus Bechterew und chronische Polyarthritiden in drei rheumatologischen Rehabilitationskliniken. Ein Parallelprojekt widmete sich Asthma-Schulungen (Bönisch & Ehlebracht-König 2008a; Brandes et al. 2008; de Vries et al. 2008; Petermann 2008).

Aus diesen Projekten entstanden praxisorientierte Leitfäden, die Rehabilitationseinrichtungen bei der Einführung von Schulungsprogrammen unterstützen können. Der Leitfaden zur rheumatologischen Rehabilitation beispielsweise gibt konkrete Hinweise, wie die Einführung eines Schulungsprogramms gut vorbereitet und organisiert werden kann, unter anderem hinsichtlich der Räume, Medien, Trainerqualifikation und des Personalbedarfs. Außerdem geht er auf die Durchführung und laufende Organisation der Schulung ein. Auch Aspekte, die von den Trainer(inne)n während der Schulung zu be-

achten sind, wie Sprache und Kleidung oder Pausengestaltung, sind Teil des Leitfadens (Bönisch & Ehlebracht-König 2008b).

Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

Die Projekte zeigten ebenfalls, dass Patientenschulung in den Rehabilitationseinrichtungen – auch in den Verwaltungen – noch nicht die Bedeutung anderer, traditioneller Behandlungen wie zum Beispiel der Physiotherapie erlangt hat.

Damit sich Schulungskonzepte erfolgreich etablieren können, müssen sie aber bei der ärztlichen Leitung und Verwaltung einer Reha-Einrichtung Vorrang genießen.



Darüber hinaus sollten Reha-Einrichtungen folgende Anforderungen erfüllen, um gute Patientenschulung zu gewährleisten:

- Vorhandensein eines ausgearbeiteten Konzepts für die Patientenschulung
- Einbindung der Schulung in das therapeutische Gesamtkonzept der Einrichtung
- Geeignete Zeiten und passende Räumlichkeiten
- Genügend Personal
- Aus- bzw. Fortbildung eines interdisziplinären Schulungsteams
- Internes Qualitätsmanagement und dauerhafte Qualitätssicherung.

Schulung eines chronisch kranken Kindes und seiner Mutter

Um Personal zu qualifizieren, stehen bereits Train-the-Trainer (TTT)-Seminare zur Verfügung. In der Umsetzungsphase des Förderschwerpunkts wurden unter anderem TTT-Seminare für ein kognitiv-

verhaltenstherapeutisches Schulungs- und Behandlungsprogramm für chronisch unspezifische Rückenschmerzen entwickelt und als erfolgreich bewertet (Morfeld et al. 2007b).

INTERVIEW

Im Gespräch – Wie Patientenschulung funktioniert

Dr. Inge Ehlebracht-König ist seit 2003 Chefarztin an der Internistisch/Rheumatologischen Klinik des Reha-zentrums Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Sie leitete das Umsetzungsprojekt zur Einführung von Patientenschulungsprogrammen in die rheumatologische Rehabilitation.



Dr. Inge Ehlebracht-König

Was macht „ideale“ Patientinnen und Patienten für eine Schulung aus?

Er oder sie sollte grundsätzlich für die Schulung offen sein. Man muss dafür keinen Mittel- oder Hochschulabschluss haben. Die Patienten und Patientinnen müssen hören, sehen und verstehen können, was in der Schulung passiert. Sie müssen sprechen, aber nicht unbedingt lesen können. Aus diesem Grund können auch Betroffene mit Leseschwäche, Migranten und Migrantinnen von der Schulung profitieren. Wichtig ist, dass der Schulungsleiter bzw. die Schulungsleiterin dies im Vorfeld mit den Betroffenen abstimmt.

Schulungen sind gut für motivierte Patientinnen und Patienten – andererseits motiviert die Schulung auch. Ungünstig ist eine hohe Krankheitsaktivität, das heißt zum Beispiel akute starke Schmerzen oder psychische Belastung.

Wer muss mitarbeiten, damit der Patient bzw. die Patientin den größten Nutzen aus Patientenschulungen zieht?

Alle wesentlichen Therapiebereiche, die an der Rehabilitation beteiligt sind, müssen im Schulungsteam auch erscheinen. Dadurch wird klar, dass die Therapeuten der einzelnen Bereiche nicht losgelöst voneinander arbeiten, sondern alle Aspekte der Therapie Bedeutung haben. Dazu gehören unter anderem Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Ergotherapie, der Physiotherapie, den Ernährungswissenschaften und der Pflege.

Was bedeutet Einführung der Schulung für die Reha-Einrichtung?

Schulungen sind die Basisbausteine der Reha, benötigen aber viel Organisationsaufwand. Bei der Polyarthritisschulung besteht das Grundgerüst zum Beispiel aus sechs Schulungsbausteinen, die je eineinhalb Stunden dauern, und einer vorgeschalteten Informationsveranstaltung. Das ist für die zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer, aus denen eine Schulungsgruppe maximal besteht, in 14 Tagen unterzubringen. Bei uns wird die Schulung gleich in den Verordnungsbogen aufgenommen. Wir gruppieren dann den Rest der Therapie um das Schulungspaket herum. Eine Schlammpackung ist flexibel – die Schulung nicht.

Wer unterstützt Einrichtungen, die ihr Schulungsangebot ausweiten/verbessern wollen?

Das kommt auf das Diagnosespektrum der Klinik an. Die meisten Fachgesellschaften haben Schulungsprogramme und Trainerseminare. Wir haben einen Leitfaden für die Implementierung entwickelt, der dabei weiter hilft.

Eines sollte man aber wissen: Patientenschulung mal eben so nebenher einführen und umsetzen funktioniert nicht. Personal und genügend Raum sind entscheidende Voraussetzungen. Als erstes gilt es, das Personal zu qualifizieren.



Nächste Schritte

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ hat maßgeblich dazu geführt, strukturierte Schulungsprogramme erfolgreich in den beteiligten Einrichtungen einzuführen (siehe Kapitel Umsetzung).

Damit die Schulungen weiter und auf breiterer Basis als bisher wirken können, ist ihre flächendeckende Einführung notwendig. Aber auch ihre regelhafte Qualitätssicherung gehört dazu.



Zu den wichtigsten Voraussetzungen für die flächendeckende Einführung wird zunächst die Ausweitung der Train-the-Trainer-Angebote zählen müssen. Wenn mehr qualifiziertes Schulungspersonal zur Verfügung steht, können für mehr Patient(inn)en Schulungen angeboten werden. Hinsichtlich der Weiterentwicklung dieser TTT-Konzepte besteht Forschungsbedarf.

Schulungsprogramme für weitere Indikationen gehören ebenfalls zu den Aufgaben der nächsten Jahre. Noch stehen längst nicht für alle in der Rehabilitation wichtigen Erkrankungen Schulungsprogramme zur Verfügung. Viele der bestehenden Konzepte bedürfen noch der Evaluation.

Auch die Frage, welche Art von Schulung für wen geeignet ist, bleibt zu klären. In diesem Zusammenhang sind Gesichtspunkte wie Alter, Geschlecht oder Krankheitsgeschichte noch weitgehend unerforscht.

Schließlich sollten Nachsorgeangebote entstehen, die helfen, den Erfolg der Patientenschulung nach der Rehabilitation langfristig aufrechtzuerhalten (Faller et al. 2008).

Berufliche Orientierung

Wieder arbeiten können



Wieder arbeiten. Wer sich als chronisch kranker Mensch in die Rehabilitation begibt, hat dieses Ziel vielleicht schon aus den Augen verloren. Dabei bedeutet körperlich und geistig wieder voll im Arbeitsleben zu stehen, nicht nur den Lebensunterhalt zu sichern – der Beruf dient auch der Selbstverwirklichung und bestimmt die gesellschaftliche Rolle eines Menschen mit.

Dass besonders die Rentenversicherung die Rückkehr ihrer Versicherten in den Beruf anstrebt, liegt in der Natur der Sache: Die Rentenversicherung finanziert Rehabilitation, so steht es im Gesetz, um die vorzeitige Berentung ihrer Beitragszahler(innen) zu vermeiden. Rehabilitation soll Rehabilitand(inn)en wieder in den Beruf führen und deren Berufsleben verlängern. Damit ist fast jede medizinische Rehabilitation grundsätzlich beruflich orientiert.

Was bedeutet „Medizinisch-berufliche Rehabilitation“?

In der medizinischen Rehabilitation beschäftigen sich Diagnostik und Behandlung gezielt mit den Anforderungen, die an die Versicherten im Beruf gestellt werden. Damit sollen die Rehabilitand(inn)en körperlich und seelisch noch besser in die Lage versetzt werden, dauerhaft wieder einem Beruf nachzugehen.

Was bedeutet „Berufliche Rehabilitation“?

Unter beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) versteht man besondere, nicht-medizinische Leistungen für in ihrer Erwerbsfähigkeit geminderte oder gefährdete Menschen. Sie sollen wieder am Arbeitsleben teilnehmen können. Zu diesen Leistungen zählen etwa Trainingsmaßnahmen zur Berufsausübung (zum Beispiel EDV-Kurs) oder berufsspezifische Weiterbildung (zum Beispiel Umschulung).

Eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Rehabilitand(inn)en wieder erfolgreich arbeiten können, ist ihre körperliche und psychische Leistungsfähigkeit. An dieser Stelle setzt die medizinische Rehabilitation an. Versucht Rehabilitation aber, ausschließlich die Gesundheitsprobleme in den Griff zu bekommen, greift sie zu kurz. Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Reha-Erfolg gezielt auf Arbeit und Beschäftigung zugeschnittene Rehabilitationsleistungen erfordert, die die Anforderungen des Arbeitsplatzes und die beruflichen Fähigkeiten der Betroffenen einbeziehen. Erste Studien belegen den Erfolg beruflich orientierter Angebote in der medizinischen Rehabilitation.

Wissenschaftler an der Klinik Königsfeld in Westfalen wiesen etwa nach, dass körperlich arbeitende Menschen mit Herzerkrankungen häufiger wieder erwerbstätig wurden, wenn sie während ihrer Rehabilitation an speziellen berufsorientierten Therapien teilnahmen, darunter gezielte körperliche Belastungstests und individuelle Angebote des Sozialdienstes (Kittel & Karoff 2008). Ähnliches gilt für die psychosomatische Rehabilitation (Hillert et al. 2007a).

Zwei Themen stehen im Mittelpunkt der Forschung:

- das frühzeitige Erkennen von Versicherten mit besonderen beruflichen Risiken, die einer erfolgreichen Erwerbstätigkeit im Wege stehen (Screening-Instrumente) und
- die Entwicklung und Verbreitung spezifischer berufsorientierter Reha-Angebote, die den Rehabilitand(inn)en den Wiedereinstieg ins Berufsleben bzw. den Verbleib ermöglichen (Interventionsbausteine).

Die Ergebnisse aus beiden Feldern helfen der Rentenversicherung, ihren gesetzlichen Auftrag, den Versicherten wieder die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, noch besser zu erfüllen.

Screening-Instrumente

Das Angebot berufsorientierter Reha-Leistungen wächst und ihr Erfolg ist erwiesen. Andererseits benötigen nicht alle diese besonderen Leistungen. Um herauszufinden, wer sie wirklich braucht, hilft ein Screening, also die gezielte Suche nach diesem Zusatzbedarf.

Das heißt:

Wer könnte besondere Probleme haben, wieder in den Beruf zurückzugelangen, und welche berufsorientierten Angebote kommen in Betracht?

Bedarf an berufsorientierten Reha-Angeboten erkennen

Es gibt in der Rehabilitation zwei Zeitpunkte, die ein Screening zu beruflichen Problemlagen erfordern:

- Vor der Rehabilitation, wenn Versicherte Reha-Leistungen beantragen. Das Screening hilft dem Reha-Träger, die für die Versicherten am besten geeignete Reha-Einrichtung auszuwählen.
- Zu Beginn der Rehabilitation: Die Therapeut(inn)en, Ärztinnen und Ärzte der Einrichtung machen sich möglichst früh ein Bild davon, welche berufsbezogenen Probleme den Patient(inn)en zu schaffen machen und wie sie sie am besten unterstützen können.

Gibt ein Screening – das ist oft ein kurzer Fragebogen – Hinweise auf ein besonderes berufliches Risiko, schließt sich ein so genanntes Assessment an, das heißt eine genauere Untersuchung der arbeitsbezogenen Problemlage. In der Regel wird dabei die berufliche Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes verglichen.

Fragebögen zur Beurteilung der Erwerbsperspektive

Aus zwei Umsetzungsprojekten des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ liegt jeweils ein systematisch entwickelter und überprüfter (validierter) Screening-Fragebogen zur Erfassung des berufsbezogenen Behandlungsbedarfs vor. Eine Reihe von Reha-Einrichtungen verwenden diese Verfahren bereits in der klinischen Routine.

Die beiden Screening-Verfahren SIBAR **S**creening-**I**nstrument für **B**eruf und **A**rbeit in der **R**ehabilitation (Bürger et al. 2007) und Würzburger Screening (Löffler et al. 2008) sind kurze Fragebögen, die von Versicherten einfach und in weniger als 5 Minuten zu bearbeiten sind. Da sie sich auf ähnliche Vorarbeiten stützen, weisen beide Fragebögen inhaltlich Gemeinsamkeiten auf.

Beide Verfahren erfassen die subjektive Erwerbsprognose (das von den Versicherten eingeschätzte Frühberentungsrisiko), berufliche Belastungen und den von den Versicherten beurteilten Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten.

Beispielfragen aus den Screening-Fragebögen

- Sehen Sie durch Ihren Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?
- Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?
- Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha-Maßnahme zu bearbeiten?

Beide Verfahren wurden in großen Versichertenbefragungen umfangreich getestet. Das Würzburger Verfahren hat sich bisher bei kardiologisch, orthopädisch, pneumologisch und psychosomatisch erkrankten Patient(inn)en als tauglich erwiesen. Eine Kurzfassung liegt auch zur Verwendung innerhalb der sozialmedizinischen Begutachtung vor.

Das in Hamburg und Lübeck entwickelte SIBAR-Verfahren wird in orthopädischen, kardiologischen, onkologischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen eingesetzt. SIBAR erlaubt in einer etwas längeren Version eine genauere Differenzierung der Art der beruflichen Belastungen und des erforderlichen beruflichen Behandlungsangebots.

Besprechung der Screeningergebnisse



Im Gespräch – Vom Screening zur berufsorientierten Rehabilitation

Prof. Bernhard Greitemann ist ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen in Bad Rothenfelde.



Prof. Bernhard Greitemann

Welche Rolle spielt das berufsorientierte Screening in Ihrer Klinik?

Wir betreiben sehr aufwendiges Screening. Das beginnt schon, bevor Patientinnen oder Patienten zu uns in die Klinik kommen: Zu Hause füllen sie einen von uns entwickelten Fragebogen aus, den sie uns zurückschicken oder spätestens zum Reha-Beginn mitbringen. So machen wir uns frühzeitig ein genaues Bild ihrer gesundheitlichen und beruflichen Problemlage.

Wie wählen Sie Patientinnen und Patienten für Ihre berufsorientierten Angebote aus?

Wenn sich im Screening oder im Aufnahmegespräch eine berufliche Problemlage zeigt, macht der Arzt oder die Ärztin ein so genanntes Job-Match, das heißt, er gleicht die Anforderungen, die der Arbeitsplatz an die Patientin oder den Patienten stellt, mit den Leistungen ab, die sie bringen können. Daran lassen sich besondere berufliche Probleme genauer erkennen, so dass wir den Betroffenen gezielte Reha-Angebote machen können.

Wie kann man sich ein typisches berufsorientiertes Angebot vorstellen?

Wir arbeiten unter anderem mit allgemeinen Modulen, die für Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen geeignet sind: Im ersten Modul informieren wir sie über das Rentenrecht bei Erwerbsminderung und darüber, anhand welcher Kriterien wir seitens der Ärzteschaft die Erwerbsfähigkeit eines Patienten oder einer Patientin einschätzen. Anschließend bitten wir sie, sich in Gruppenarbeit in die Rolle ihres Arztes oder ihrer Ärztin hineinzuversetzen.

Sie sollen dann von uns ausgedachte Fälle selbst beurteilen und sich die Frage stellen: Wie würde ich als Arzt oder Ärztin die Erwerbsfähigkeit der jeweiligen Betroffenen und deren Probleme beurteilen? Dabei kommen die Patientinnen und Patienten meistens zur selben Einschätzung wie wir. Ziel ist eine realistische Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit.

Das heißt, die Patientinnen und Patienten geben ihre gewohnte Perspektive auf?

Richtig. Wir gehen sogar noch einen Schritt weiter und fordern sie auf, unter diesem geänderten Blickwinkel ihre eigene Leistungsfähigkeit und ihre berufliche Zukunft zu beurteilen. Viele Patientinnen und Patienten liefern dann eine gute Selbsteinschätzung.

Wie geht es für die Betroffenen dann weiter?

In einem zweiten Modul gehen wir stärker auf individuelle berufliche Probleme der Patientinnen und Patienten ein, beispielsweise: Welche Arbeitserleichterungen sind möglich, wie sieht der Arbeitsmarkt in der jeweiligen Branche aus, gibt es sinnvolle Möglichkeiten zur Weiterbildung? Das geschieht in verschiedenen Gruppen unter Leitung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Ergotherapie und der Sozialarbeit. Die Gruppenarbeit erweist sich hier auch deswegen als günstig, weil die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Probleme gemeinsam bearbeiten. Wenn zum Beispiel ein Lagerarbeiter schildert, dass er viel heben muss, und die Gruppe gemeinsam überlegt, wie er das besser bewerkstelligen kann, profitieren alle davon. Zusätzlich nehmen wir durch diesen Ansatz dem typischen Vorwurf die Spitze, 'Was die mir in der Reha zeigen, lässt sich praktisch gar nicht umsetzen'.

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit solcher berufsorientierten Angebote ein – bekommen die Teilnehmenden ihre berufliche Belastung besser in den Griff?

Die berufsorientierten Interventionen wirken. Das konnten wir in unserer „IopKo-Studie“ zeigen: Die Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen waren in einem Zeitraum von zehn Monaten nach der Reha an weniger Tagen arbeitsunfähig als ohne spezifisch berufsorientierte Intervention. Vor allem aber schätzten sie ihre berufliche Perspektive viel positiver ein. Wenn unsere Angebote dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten sagen 'Ich kann mir die Rückkehr zur Arbeit wieder vorstellen', dann haben wir an einem entscheidenden Punkt gewonnen.

Beide Verfahren, SIBAR und Würzburger Screening, eignen sich, um den Bedarf von Versicherten an berufsorientierten Reha-Angeboten unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung zu erkennen. Eine so genannte Kreuzvalidierung, die beide Verfahren vergleicht, zeigte eine sehr hohe Übereinstimmung der Ergebnisse. Beide Methoden sind praxisnah und bieten eine gute Grundlage für schnelles, einheitliches und verlässliches Screening bei den Reha-Trägern und in den Reha-Einrichtungen.

Interventionsbausteine

Den großen Bedarf an berufsorientierten Reha-Leistungen decken eine Fülle verschiedener Angebote ab, die außerhalb der Reha-Einrichtungen oft kaum bekannt sind. Das Spektrum reicht von der Gruppenarbeit zum Thema Mobbing über die Belastungserprobung am Modellarbeitsplatz bis hin zur Berufsberatung, um neue berufliche Perspektiven zu entwickeln. Alle Angebote haben ein gemeinsames Ziel: Den Patient(inn)en zu helfen, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren.

Übersicht gewinnen

Einen systematischen Überblick über das große Angebot haben Dr. Silke Neuderth und Kolleg(inn)en von der Universität Würzburg im Rahmen des Förderschwerpunkts erarbeitet. Die berufsorientierten Maßnahmen lassen sich danach grob in Basisangebote und weitere, spezifische Angebote unterteilen:

Basisangebote eignen sich grundsätzlich für Versicherte, bei denen ein berufliches Risiko erkannt wird – unabhängig davon, mit welcher Erkrankung oder welcher spezifischen beruflichen Problemstellung sie in die Einrichtung kommen. Dazu gehören etwa Gruppen, in denen die Motivation für eine Wiederaufnahme der Arbeit gefördert wird. Ein solches Basisangebot findet sich inzwischen in vielen Reha-Einrichtungen.

Spezifische Angebote richten sich an Versicherte mit besonderen beruflichen Risiken, die über die medizinisch ausgerichtete Rehabilitation hinaus umfangreichere berufsorientierte Interventionen brauchen, zum Beispiel eine intensive Belastungserprobung oder eine Arbeitstherapie. Solche spezifischen Reha-Leistungen können nicht flächendeckend, sondern nur in bestimmten Schwerpunkteinrichtungen angeboten werden.



Nimmt man das Spektrum an berufsorientierten Reha-Angeboten genauer unter die Lupe, kristallisieren sich folgende Gruppen heraus:

- Gezielter Vergleich der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin mit Anforderungen des Arbeitsplatzes
- Belastungserprobung, zum Beispiel durch Heben, Tragen und Überkopfarbeiten zur Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit
- Arbeitstherapie, zum Beispiel nach Lähmung eines Armes an einem EDV-Modellarbeitsplatz für einhändige PC-Bedienung
- Gruppen zur Auseinandersetzung mit der beruflichen Zukunft, Mobbing etc.
- Gruppen zur Motivationsförderung
- Berufsbezogene Beratung, zum Beispiel zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung
- Berufliche Orientierung, zum Beispiel durch Erproben einer neuen Tätigkeit in einem Betrieb.

Überkopfarbeit
als eine besondere
berufliche Belastung

Zusätzlich vernetzen sich viele Reha-Einrichtungen gezielt mit den Betrieben in ihrer Nähe, um Rehabilitand(inn)en möglichst authentische Arbeitsmöglichkeiten zu bieten, an denen sie ihre Leistungsfähigkeit praktisch erfahren können.

Aus dem Würzburger Projekt von Neuderth und Kolleg(inn)en sind eine systematische Sammlung von Maßnahmen und der Entwurf für ein Anwenderhandbuch (Gerlich et al. 2008) entstanden. Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund wird dieses Arbeitsbuch einschließlich Internetpräsenz ausgearbeitet und publiziert. Es soll den Reha-Einrichtungen anschauliches Material an die Hand geben, um sich bei der Weiterentwicklung ihrer berufsorientierten Reha-Angebote daran zu orientieren.



Rollenspiel zu beruflichen Alltagssituationen

Basisangebot:

Motivation und Eigenverantwortung erhöhen

Rehabilitand(inn)en, die ihre berufliche Belastung als hoch erleben, sehen häufig keine Möglichkeit, mit dieser Belastung anders und besser umzugehen als bisher. Eine erfolgreiche und dauerhafte Wiedereingliederung ins Erwerbsleben setzt aber oft ihre Bereitschaft voraus, sich auch mit diesen Aspekten ihres Berufslebens zu befassen. Zwei Projekte im Förderschwerpunkt haben je ein von der jeweiligen Erkrankung unabhängiges, für viele Patient(inn)en geeignetes berufsbezogenes Schulungskonzept entwickelt und getestet. Durch die Schulungen sollen Patient(inn)en lernen, sich nicht

primär als Opfer der belastenden beruflichen Verhältnisse zu sehen, sondern aktiv an der Veränderung ihrer Situation mitzuwirken.

Dr. Andreas Hillert und Prof. Manfred E. Beutel sowie ihre Kolleg(inn)en untersuchten an mehreren somatischen Reha-Einrichtungen die Wirksamkeit des von ihnen entwickelten „Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ (GSA-Schulung; Hillert et al. 2007a) zusätzlich zu dem jeweiligen Standard-Reha-Programm. Die GSA-Schulung bestand aus fünf Gruppensitzungen von je 90 Minuten mit den Einheiten „Arbeit und Gesundheit“, „Stress und Stressreaktion“, „Stressbewältigung“, „Selbstsichere Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz“ und „Berufliche Perspektiven“. Pro Gruppe nahmen zehn bis zwölf Patient(inn)en teil, für die mit dem Würzburger Screening ein berufliches Risiko erkannt worden war. Die Teilnehmer(inn)en waren mit dem berufsbezogenen Teil der Behandlung wesentlich zufriedener als die Patient(inn)en, die nur die Standard-Reha durchliefen (Hillert et al. 2007b; Hillert et al. 2008).

Mit ihrem Programm „Fit für den Beruf“ entwickelten Dr. Berit Heitzmann, Susanne Helfert und Prof. Uwe Schaarschmidt eine Schulung, die es den Rehabilitand(inn)en mit unterschiedlichen Erkrankungen ermöglichen soll, sich aus eigenem Antrieb um die berufsbezogene Bewältigung auch über die Rehabilitation hinaus zu bemühen und mit dem Erleben von mehr Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit in den Berufsalltag zurückzukehren. Die Schulung, die in fünf zweistündigen Gruppensitzungen stattfindet, basiert auf der individuellen Analyse des beruflichen Verhaltens und Erlebens und der genaueren Bestimmung des berufsbezogenen Rehabilitationsbedarfs mittels des diagnostischen Verfahrens AVEM (**A**rbeitsbezogenes **V**erhaltens- und **E**rlebens**M**uster, Schaarschmidt & Fischer 1996/2003). Daran schließen sich praktische Übungen zu den Schwerpunkten „Individuelle Ressourcen“, „Berufliche Motivation“ sowie „Kommunikation und Umgang mit Konflikten“ an. Die Wirksamkeitsprüfung von „Fit für den Beruf“

ließ eine Stärkung der Bewältigungskompetenzen erkennen, vor allem die Förderung einer optimistischeren und offensiveren Haltung gegenüber den beruflichen Anforderungen (Heitzmann et al. 2008; Schaarschmidt et al. 2007).

Spezielle Angebote bei besonderen beruflichen Risiken

Das Reha-Angebot für Patient(inn)en mit besonderen beruflichen Risiken ist inzwischen weit gefächert. Darunter befinden sich besonders gut erforschte, schon lange erfolgreich laufende oder auch sehr innovative Angebote.

Die Beispiele zeigen:

Eigeninitiative, berufliche Motivation und Zuversicht hinsichtlich der beruflichen Zukunft sind essentielle Bausteine einer gelungenen medizinischen Rehabilitation für Menschen mit beruflichen Risiken.

Die folgenden Angebote stehen exemplarisch für die ganze Bandbreite:

- Stressbewältigung am Arbeitsplatz einschließlich spezieller Angebote für Lehrer(innen) (Klinik Roseneck, Prien)
- „Computerized Numerical Control“- kurz „CNC“-Modellarbeitsplätze, an denen computergesteuerte Maschinen programmiert werden und die realistische Bedingungen für die Arbeitstherapie bieten (Schlossklinik, Bad Buchau)
- Bewerbungstraining mit Videoeinsatz für Erwerbstätige, die ihren Arbeitsplatz wechseln sollten oder müssen (Klinik am Homberg, Bad Wildungen)
- Behandlungsprogramm „Berufliche Zukunft“ für Patient(inn)en mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Arbeitsplatzverlust (Reha-Zentrum Bad Eilsen)
- Computer-Trainingsprogramm für ältere Arbeitnehmer(inn)en zum Abbau von Ängsten bei der Einführung von EDV-Technologien (Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt/Saale).



Nächste Schritte

Die Deutsche Rentenversicherung Bund arbeitet daran, Elemente der hier skizzierten Screeningverfahren in das bestehende Reha-Antragsverfahren (Selbstauskunftsbogen) zu integrieren. Unter Verzicht auf zusätzliche Formulare wird der Reha-Träger so schnell und zuverlässig Hinweise auf den Bedarf an berufsorientierten Reha-Angeboten erhalten.

Die Bereitschaft der Reha-Einrichtungen, bei der Erprobung neuer beruflich orientierter Angebote mitzuwirken, ist sehr hoch, wie die Bestandsaufnahme von Neuderth und Kollegen zeigt. "Um die berufliche Orientierung in der Rehabilitation zu etablieren, brauchen wir nicht in erster Linie viele neue Maßnahmen", so Neuderth, "sondern alle Beteiligten müssen die berufsbezogene Problematik noch stärker in ihrem Denken verankern und in die Therapieplanung einbeziehen."

Die noch engere Vernetzung von Reha-Einrichtungen und Betrieben für eine bessere Integration medizinischer und beruflicher Aspekte in der Rehabilitation zählt zu den weiteren Zielen. Viele Einrichtungen sind dabei, ihr Angebot zu differenzieren und den Erfordernissen spezieller Zielgruppen anzupassen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007d; Hillert et al. 2009).

Kann die medizinisch-berufliche Rehabilitation künftig noch mehr dazu beitragen, krankheits- und behinderungsbedingt gefährdete Arbeitsplätze zu erhalten? Die Chancen dafür stehen gut, denn Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger ziehen an einem Strang.

Psychische Komorbidität

Oft erkrankt die Seele mit



Die Ergebnisse des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ zeigen, dass in der somatischen (körperlichen) Rehabilitation jede(r) Fünfte zusätzlich zur körperlichen Erkrankung auch an einer psychischen Störung leidet. Das Erkennen und gezielte Behandeln dieser psychischen Komorbidität rückt in den Fokus der Rehabilitationswissenschaft.



Vor vier Wochen hatte Gabriele Stein einen Herzinfarkt. Nun ist sie in der Rehabilitation. Seit einiger Zeit fühlt sich Gabriele Stein deprimiert und glaubt nicht, dass ihr die Rehabilitation wesentlich weiter hilft. Ohne große Motivation geht sie zu den ersten Therapien. Das fällt auch den Mitarbeiter(inne)n der Rehabilitationseinrichtung auf.

steht die Gefahr der Chronifizierung, die Probleme im sozialen und beruflichen Bereich dauern an. Darunter leidet die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Auch die Kosten von Erkrankung und Behandlung steigen. So bezifferte das Statistische Bundesamt die Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen 2004 für psychische Störungen aufgebracht wurden, auf 22,8 Milliarden Euro.

Körperliche und seelische Belastungen beeinflussen einander

Heute gehören in den Industrieländern chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Schlaganfall), Diabetes, Atemwegserkrankungen und Rückenschmerz zu den großen Volkskrankheiten. Sie sind häufige Gründe für eine medizinische Rehabilitation.

Was bedeutet psychische Komorbidität?

Als Komorbidität wird das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Krankheiten bei einem Patienten bezeichnet. Die Komorbidität kann als Folge der Grunderkrankung oder auch als Begleiterkrankung, unabhängig von der Grunderkrankung, auftreten. Mit psychischer Komorbidität ist hier das Vorhandensein einer psychischen Störung bei gleichzeitigem Vorliegen einer körperlichen Erkrankung gemeint.

Psychische Störungen äußern sich vielfältig

Unter dem Begriff „psychische Störungen“ werden erhebliche Abweichungen vom normalen Erleben oder Verhalten, Denken, Fühlen und Handeln zusammengefasst, die so stark ausgeprägt sind, dass sie als Krankheit gelten. Viele der Betroffenen leiden sehr darunter, ihre berufliche Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt und ihre

sozialen Kontakte sind eingeschränkt. Besonders häufig sind Depressionen und Ängste.

Je nach Schwere und Symptomen sind verschiedene Behandlungen möglich: Beratung, Krisenintervention, Psychotherapie und die Verordnung von Psychopharmaka gehören dazu.

Werden psychische Störungen erst spät erkannt und nicht oder nur unzureichend behandelt, nehmen die Symptome für gewöhnlich zu. Zudem be-

Über lange Zeit – also chronisch – krank zu sein, belastet viele Menschen auch seelisch. Zwar entwickelt sich nicht aus jeder psychischen Belastung eine behandlungsbedürftige psychische Störung. Trotzdem unterliegen chronisch Kranke einem höheren Risiko, zusätzlich psychisch zu erkranken, als gleichaltrige Gesunde. Bei der medizinischen Rehabilitation spielt die psychische Komorbidität auch deshalb eine große Rolle, weil sie ungünstige Auswirkungen auf die Motivation und die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Rehabilitation und damit auf die Rehabilitationsergebnisse sowie den weiteren Krankheitsverlauf haben kann.

Komorbid psychische Störungen

- sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden,
- tragen zur Chronifizierung bei,
- verschlechtern die Behandlungsmotivation der Patient(inn)en,
- erhöhen die körperliche Erkrankungs- und Todesrate,
- erhöhen die Versorgungskosten.

Quelle: Härter et al. (2007)

Forschung klärt die Ausgangslage

Um die Rolle der komorbiden psychischen Störungen in der Rehabilitation einzuschätzen, war zuvorderst die Bestimmung ihrer Häufigkeiten notwendig. Ein erstes Projekt des Förderschwerpunkts unter der Leitung von Prof. Martin Härter und Prof. Jürgen Bengel vom Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen ermittelte, wie häufig welche Art von psychischen Belastungen und Störungen bei Rehabilitand(inn)en zusätzlich zu der somatischen Erkrankung vorliegen und wie viele dieser Störungen behandlungsbedürftig sind (Härter & Bengel 2001).

Das Projekt ergab zudem, welche Screeningverfahren sich zur Entdeckung psychischer Störungen in der Routineversorgung eignen.

Aussagen auf solide Daten stützen

Die über beide Förderphasen durchgeführte epidemiologische Studie erfasste erstmals systematisch mit standardisierten Methoden, wie häufig komorbide psychische Störungen in der stationären Rehabilitation auftreten.

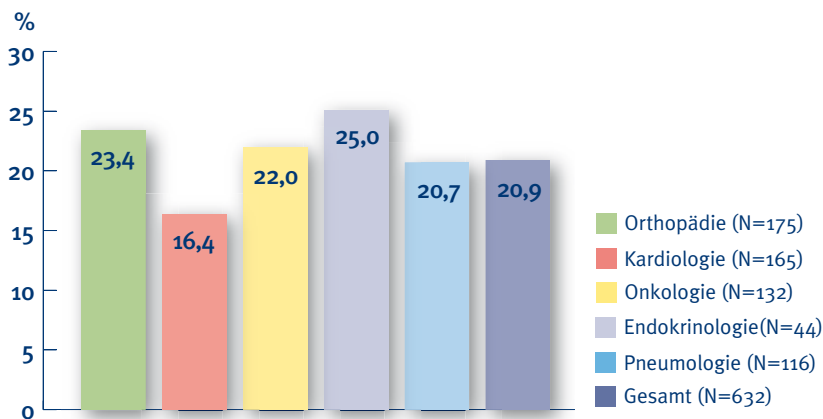
Untersucht wurden Rehabilitand(inn)en mit Muskel-Skelett- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane oder des Stoffwechsels sowie Krebspatient(inn)en.

Das Ergebnis: Fast die Hälfte der Patient(inn)en litt vor der Rehabilitation zumindest unter psychischen Belastungen. Psychische Störungen traten bei rund 20 Prozent auf (Härter et al. 2007; siehe Abbildung 5).

Was aus den Daten folgt

Unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung lassen sich die Erkenntnisse aus der Studie folgendermaßen zusammenfassen:

- Psychische Komorbidität ist häufig: Jede(r) Fünfte in der Rehabilitation hat mindestens eine, jede(r) Zwölfte mehr als eine psychische Störung.



Quelle: Härter et al. (2007)

Abbildung 5: Psychische Störungen bei Patient(inn)en mit einer chronischen Erkrankung in Prozent (4-Wochen-Prävalenz)

- Angst und Depression stehen im Vordergrund: Die häufigsten Diagnosen waren depressive Störungen und Angststörungen. Jede(r) Zehnte litt innerhalb der letzten vier Wochen vor der Rehabilitation unter Angststörungen – fast jede(r) Fünfte innerhalb des letzten Jahres vor der Rehabilitation.
- Ca. 50 Prozent der psychischen Begleiterkrankungen wurden von den Ärzt(inn)en nicht erkannt: Nur ein Viertel der als psychisch krank Diagnostizierten erhielt eine exakte Diagnose. Empfehlungen zur (Weiter-)Behandlung der psychischen Begleiterkrankung nach der Rehabilitation wurden ebenfalls nur bei einem Viertel ausgesprochen.
- Zu wenig Zeit für die Behandlung: Komorbide psychische Störungen können innerhalb der zeitlich begrenzten Reha-Maßnahmen häufig nicht ausreichend behandelt werden.
- Der Fortbildungsbedarf ist groß: Viele Ärztinnen und Ärzte (67 Prozent) sowie Psycholog(inn)en (44 Prozent) in der somatischen Rehabilitation fühlen sich für die Diagnostik psychischer Störungen nicht ausreichend fachkundig. Dem gegenüber steht ein großes Interesse, sich fortzubilden.



Ihre Ärztin spricht Frau Stein bei einer Visite auf ihre gedrückte Stimmung an. Die Ärztin empfiehlt ihr ein Gespräch mit dem Psychologen. Gabriele Stein ist verwundert, schließlich ist sie wegen ihres Herzinfarktes und nicht wegen psychischer Probleme in der Rehabilitation. Beim Psychologen füllt sie erst einen Fragebogen aus und führt dann ein langes Gespräch mit ihm.

Lösungen für die Praxis

Der nächste Schritt bestand darin, die Erkenntnisse der Forschung in praktische Lösungen für die medizinische Rehabilitation umzusetzen. Eine wesentliche Voraussetzung dafür war, dass alle in den Reha-Prozess eingebundenen Interessen- und Berufsgruppen an einem Strang ziehen.

Bereits im Jahr 2003 führte die Geschäftsstelle des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds (RFV) Freiburg/Bad Säckingen eine schriftliche Befragung zu möglichen Umsetzungsmaßnahmen durch. Insgesamt nahmen 54 Rehabilitationseinrichtungen und ausgewählte Vertreter(innen) der Rentenversicherungsträger teil. Sie erhielten eine kurze Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse zur psychischen Komorbidität und Vorschläge zu Umsetzungsmaßnahmen.

Die Ergebnisse der RFV-Befragung dienten als Diskussionsgrundlage für einen Workshop, den der Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen und die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz gemeinsam im April 2004 in Speyer ausrichteten. Zentrales Ergebnis des Workshops sind die so genannten „Speyerer Empfehlungen“. Sie benennen Voraussetzungen und geben Durchführungshinweise für Maßnahmen zur Verbesserung der Situation psychisch belasteter Patient(inn)en in der somatischen Rehabilitation (Speyerer Empfehlungen 2004).

Eine aus den Speyerer Empfehlungen abgeleitete praktische Maßnahme ist das interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungskonzept zur Verbesserung der psychologisch-diagnostischen Kompetenzen der medizinischen Fachkräfte in der Rehabilitation (Härter & Bengel 2005). Das Konzept wurde in Reha-Einrichtungen getestet und auf Fachkongressen vorgestellt. Anschließend entwickelten die Wissenschaftler ein Modell-Lehrprogramm. Dieses aus einzelnen Bausteinen zusammengesetzte Modellcurriculum soll die Teilnehmenden für die Häufigkeit und Relevanz psychischer Störungen sensibilisieren (siehe Tabelle 5). Zwei Bausteine behandeln verschiedene Screening- und Diagnostikinstrumente, die für die somatische Rehabilitation geeignet sind. Weiterhin wird ein Stufenplan vorgestellt, der die Diagnostik psychisch belasteter Patienten verbessern und die frühzeitige Erkennung psychischer Belastungen und Störungen ermöglichen soll.

Notwendige und gut umsetzbare Maßnahmen

Ergebnisse der Befragung des RFV Freiburg/Bad Säckingen (2003)

- Leitfadenerstellung für Diagnostik, Behandlung und Nachsorgeempfehlungen bei komorbiden psychischen Störungen
- Spezifisches Fortbildungsangebot für Mitarbeiter(inn)en zum Thema Psychische Störungen in der medizinischen Rehabilitation

Quelle: Herdt & Kulick (2007)

Tabelle 5:
Fort- und Weiterbildungskonzept für medizinische Fachkräfte in der somatischen Rehabilitation

Struktur der Fortbildung	Lernziele	Didaktische Mittel
Modul I Häufigkeiten psychischer Belastungen und Störungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychische Komorbidität 2. Somato-psychische Störungsmodelle 3. Prävalenzraten psychischer Belastungen und Störungen 4. Relevanz für die Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kurzvortrag ■ Diskussion ■ Erfahrungsaustausch
Modul II Screening psychischer Störungen in der Rehabilitation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung 2. Begriffe: Sensitivität, Spezifität und klinische Nutzung 3. Darstellung HADS, GHQ-12, PHQ-D 4. Anwendung und Auswertung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kurzvortrag ■ Diskussion ■ Training
Modul III Diagnostik psychischer Störungen in der Rehabilitation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung psychologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik 2. Ausgewählte Fragebogenverfahren 3. Interviewverfahren 4. Anwendung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kurzvortrag ■ Erfahrungsaustausch ■ Fallarbeit ■ Training
Modul IV Umsetzung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abläufe in der Klinik 2. Stufenmodell für diagnostische Abläufe 3. Organisationsentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kurzvortrag ■ Diskussion
<small>Quelle: Härter & Bengel (2005) HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, GHQ-12: General Health Questionnaire (12 Items), PHQ-D: Patient Health Questionnaire (deutschsprachiger Gesundheitsfragebogen für Patienten)</small>		

Im letzten Modul wird ausführlich diskutiert, wie das Konzept optimal an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst und umgesetzt werden kann.

Psychische Belastungen erkennen

Den Speyerer Empfehlungen folgend hat die Deutsche Rentenversicherung Bund 2006 die DIBpS-Studie (Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation) bewilligt.

In der ersten Phase der Studie erprobten Wissenschaftler(innen) an drei ausgewählten Reha-Einrichtungen für Orthopädie und Kardiologie die Einführung des psychodiagnostischen Stufenplans, der den Mitarbeiter(inne)n im Rahmen des vorge-schalteten Fortbildungsprogramms vermittelt wurde (siehe Abbildung 6; Barth et al. 2008).



Abbildung 6:
Psychodiagnostischer Stufenplan aus der DIBpS-Studie

Im Gespräch – Von der Forschung zur Praxis

Dr. Barbara Kulick, Leiterin des Dezernats Grundsatz Rehabilitation/Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und Prof. Jürgen Bengel, Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie an der Universität Freiburg, erläutern die Rolle psychischer Begleiterkrankungen in der somatischen Rehabilitation.



Dr. Barbara Kulick



Prof. Jürgen Bengel

Inwieweit sind Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation für die Behandlung einer psychischen Begleiterkrankung motivierbar?

Kulick: Erfahrungen aus laufenden Projekten zeigen, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine psychologische Diagnostik und Behandlung oft erst einmal wenig aufgeschlossen sind, insbesondere in der orthopädischen Rehabilitation.

Die Aufklärung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über mögliche Auswirkungen nicht erkannter psychischer Komorbidität auf ihre Lebensqualität oder etwa die berufliche Wiedereingliederung kann die Motivation fördern. Motivationale Gesprächsführung lässt sich hierfür zum Beispiel gut einsetzen. Zur Planung geeigneter Interventionsstrategien brauchen wir aber auch Methoden, die nicht nur psychische Störungen erkennen, sondern auch die Menschen identifizieren können, die für eine Diagnostik und Therapie offen sind.

Bengel: Wer gerade eine Operation zu verarbeiten hat, wird zunächst für andere Dinge kaum ein offenes Ohr haben. Das kann ein paar Tage später schon ganz anders aussehen. In welcher Situation sich Betroffene befinden, sollten Ärztin oder Arzt und Psychologin oder Psychologe im direkten Gespräch sondieren. Auch wenn nicht alle Betroffenen für eine Behandlung motivierbar sind, sollte dies auf jeden Fall versucht werden. Hierfür stehen diverse psychologische Methoden zur Verfügung.

Inwieweit wird sich die Rehabilitationsforschung weiter mit psychischer Komorbidität beschäftigen?

Kulick: Psychische Komorbidität bleibt ein wichtiges Thema. Unter anderem sind Interventionsprozesse selbst noch nicht ausreichend bewertet. Zum Beispiel ist zu prüfen, ob die Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbiditäten auch wirklich dazu beiträgt, die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern. Hierzu fördert die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz derzeit ein Forschungs-

projekt des Reha-Kompetenzzentrums Bad Kreuznach, an dem sich eine orthopädische und eine kardiologische Klinik beteiligen.

Bengel: Wird eine psychische Erkrankung nicht erkannt und behandelt, hat das fatale Folgen. Das wissen wir schon heute sehr genau. Daher ist eigentlich folgende Frage interessant: Wenn die Weiterbetreuenden die Diagnose und die Behandlungsempfehlungen der psychischen Erkrankung im Arztbrief lesen, behandeln sie die Betroffenen nach der Rehabilitation auch entsprechend weiter?

Wo steht die psychische Komorbidität in der Rehabilitation heute?

Bengel: Wir decken mit unserer Forschung ja nicht nur Defizite in der Praxis auf, sondern sind auch Multiplikator bei der Einführung adäquater therapeutischer Maßnahmen. Wie aktiv eine Klinik hier ist, hängt stark von der Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie den verfügbaren Ressourcen ab. Ich vermute, dass noch fünf bis acht Jahre vergehen werden, bis die psychische Komorbidität überall berücksichtigt wird. Aber auch heute schon erfassen einige Reha-Einrichtungen psychische Komorbidität – das kann, muss nicht unbedingt mit einem Fragebogen sein.

Was ist noch zu tun?

Kulick: Ich halte für die Implementierung zwei Punkte für besonders wichtig: Erstens Zuweiserinnen und Zuweiser zu sensibilisieren und zu schulen. Wenn schon die Hausärztinnen und Hausärzte die psychische Komorbidität erkennen, können sie Patientinnen und Patienten gezielt eine entsprechende Rehabilitation in einer geeigneten Reha-Einrichtung empfehlen. Zweitens gilt es, spezielle Leitlinien zur psychischen Komorbidität in der Rehabilitation zu entwickeln. Die bisherigen krankheitsbezogenen Reha-Leitlinien der Rentenversicherung umfassen lediglich den Mindeststandard für die psychische Betreuung.

In der Praxis heißt das: Alle Rehabilitand(inn)en füllen zu Beginn der Rehabilitation einen speziellen Fragebogen zur Entdeckung psychischer Störungen oder Belastungen aus. Nur wenn sich in diesem Hinweise auf eine psychische Störung ergeben, schließt sich eine vertiefte psychodiagnostische Untersuchung an. Dann erst wird entschieden, ob und welche Indikation für eine Therapie besteht. Psychische Störungen und Behandlungsempfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation werden dann im Entlassungsbericht dokumentiert.

Behandlung sichern

Eine somatische Rehabilitation dauert in der Regel drei bis vier Wochen. Das ist oftmals zu kurz, um die körperliche Erkrankung und eine komorbide psychische Störung ausreichend zu behandeln. Die Rehabilitation bietet jedoch die Möglichkeit, Behandlungsmotivation zu schaffen und eine ambulante Psychotherapie im Anschluss an die Rehabilitation vorzubereiten.



Zu der ersten Sitzung mit dem Psychologen war Frau Stein noch mit Argwohn erschienen. Drei Wochen später beim Abschlussgespräch wirkte sie deutlich weniger angespannt. Ihre Niedergeschlagenheit hatte endlich einen Namen: Sie hatte eine Depression. Dass diese psychische Störung eine behandelbare Erkrankung ist und außerdem ihre Herzkrankheit verschlechtern kann, hatte Frau Stein bisher nicht gewusst. Der Zusammenhang wurde ihr in der Rehabilitation erklärt. Zudem erhielt sie professionelle Hilfe. Der Anfang zurück in ihr Leben nach dem Infarkt war gemacht.

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hat die Hinweise aus der Forschung auch im Nachsorge-Bereich aufgegriffen und ihr Konzept zur Reha-Nachsorge für körperliche Erkrankungen um das Modul „Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche“ erweitert (Herdt & Kulick 2007). Rehabilitand(inn)en mit komorbiden psychischen Störungen können nun die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche nach der Rehabilitation in derselben oder einer wohnortnahen Reha-Einrichtung für weitere drei Monate fortführen.



Nächste Schritte

Mittlerweile erkennen Reha-Einrichtungen die Wichtigkeit der Berücksichtigung psychischer Komorbidität. Deren Diagnostik und Behandlung in den klinischen Alltag zu integrieren, ist jedoch für viele nicht einfach. Kostenneutrale Lösungen zu finden, gehört für Reha-Einrichtungen zu den zukünftigen Herausforderungen bei der Umsetzung. Auch die weitere Sensibilisierung und zunehmende Qualifizierung der Mitarbeiter(innen) von Reha-Einrichtungen zählt zu den vordringlichen Aufgaben der nächsten Jahre. Was Auswirkungen auf die Rehabilitationsdauer angeht, sind alle Beteiligten, auch die Reha-Träger gefragt.

Die DIBpS-Studie wird weitere Impulse für eine verbesserte Psychodiagnostik und Indikationsstellung in der medizinischen Rehabilitation liefern. Durch die Optimierung der ärztlichen Entlassungsberichte soll auch die Nachsorge psychisch belasteter Patient(inn)en verbessert werden. Die gerade anlaufende zweite Studienphase beschäftigt sich unter anderem damit, wie sich die stufenweise Erkennung psychischer Störungen in die tägliche Routine einer Reha-Einrichtung umsetzen lässt. Auch die Bereitschaft der Patient(inn)en, sich auf eine Behandlung einzulassen, wird überprüft. Am Ende soll den Reha-Einrichtungen ein Manual zur Einführung des diagnostischen Stufenplans zur Verfügung stehen.

Angehörige

Den Helfenden helfen



Annemarie Rowack pflegt ihren Mann seit einem halben Jahr. Der 68-Jährige kann nach einem Schlaganfall mit Halbseitenlähmung nur schlecht sprechen, kann aber wieder ohne Hilfe gehen. Beide sind stolz darauf, wie sie ihr Leben meistern. Allerdings leidet Frau Rowack darunter, dass ihr Mann nur noch ungern das Haus verlässt. Sie übernimmt nun alle Autofahrten und Behördengänge und hält die Kontakte zu Verwandten und Bekannten. Ihr fällt es immer schwerer, den vielen körperlich und psychisch belastenden Anforderungen zu genügen. Wie es ihr damit geht, fragt keiner.

für Patient(inn)en darum geht, ihre Krankheit zu bewältigen und Rückfälle zu vermeiden.

Andererseits empfindet nahezu die Hälfte der Personen, die ein chronisch krankes Familienmitglied dauerhaft betreuen, die Situation als sehr belastend (Wilz & Böhm 2006). Die Sorgen sind vielfältig: Dazu gehören Unsicherheiten bezüglich der Erkrankung und Gefühle bis hin zur Hoffnungslosigkeit genauso wie Probleme in der Partnerschaft und Sexualität. Auch soziale und berufliche Einschränkungen, Geldsorgen und Zukunftsängste belasten die Angehörigen – unabhängig davon, um welche Erkrankung es geht. Bei diesen Ängsten und der dauernden Anspannung tritt die eigene Gesundheit in den Hintergrund.



Patientinnen und Patienten brauchen Unterstützung

Auch für Patient(inn)en hat die Rolle der Angehörigen zwei Seiten: Im Idealfall verstärken die Familienmitglieder das Gesundheitsverhalten eines Patienten oder einer Patientin und deren Compliance, also die aktive Mitarbeit bei der Behandlung. Andererseits können Angehörige durch ihre Reaktionen und Hilfen das Wieder-selbständig-Werden von Rehabilitand(inn)en auch behindern.

Medizin und Rehabilitation haben die körperlichen und psychischen Belastungen von Angehörigen chronisch Kranker und Folgen der Belastungen für ihre Gesundheit lange Zeit nicht wahrgenommen. Auch sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten blieben weitgehend unerforscht. Eine Aufgabe des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ bestand darin, diese Lücke zu schließen.

Die Krankheitsbewältigung hängt von der Art der Erkrankung ab. Dementsprechend sieht die Rolle der Angehörigen je nach Krankheit unterschiedlich aus: Steht bei Diabetes Typ II oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Unterstützung bei der Änderung des Lebensstils im Vordergrund, müssen bei Krebserkrankungen Patient(in) und Partner(in) mit einer oft lebensbedrohlichen Situation fertig werden.

Angehörige im Stress

Die Bedeutung der Angehörigen für die Patient(inn)en ist enorm. Dass ihre Unterstützung den Verlauf psychischer und körperlicher Erkrankungen verbessert, zeigen viele Studien. Angehörige – Eltern, Partner(innen), Kinder und andere Verwandte – sind ein wichtiger Angelpunkt, wenn es

Auch Helfende brauchen Unterstützung

Die Projekte des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ zielten zunächst darauf ab, die gesundheitlichen Belastungen und den Unter-

stützungsbedarf der Angehörigen von Patient(inn)en mit ausgewählten chronischen Erkrankungen zu untersuchen. Im zweiten Schritt wurden weitere Erkrankungen einbezogen und konkrete Schulungs- und Interventionsprogramme entwickelt. Diese spezifischen Interventionsprogramme beinhalten strukturierte Gespräche mit Psycholog(inn)en oder psychologisch geschulten Ärztinnen oder Ärzten, die sich mit den individuellen Schwierigkeiten der Angehörigen auseinandersetzen und gemeinsam Lösungen erarbeiten.

Über die Physiotherapeutin, die Annemarie Rowacks Mann ambulant betreut, erfährt Frau Rowack von der Deutschen Schlaganfallhilfe. Obwohl sie sonst eher ungern in Gruppen geht, beschließt sie, sich eine Angehörigenselbsthilfegruppe zumindest anzusehen. Von dem offenen Umgang in der Gruppe und vor allem von der Möglichkeit, mit anderen, die in einer ähnlichen Situation stecken, endlich darüber reden zu können, wie es ihr geht, ist Frau Rowack positiv überrascht. Zu hören, wie andere damit umgehen, macht ihr Mut. In ihrem ersten Treffen hört sie nicht nur neue Tipps zum Treppensteigen für ihren Mann, sie erfährt auch von der Möglichkeit, regelmäßig mit einer Psychologin aus der ehemaligen Reha-Klinik ihres Mannes zu telefonieren und Lösungen zu finden, wenn sie merkt, dass ihr die Belastungen durch die Pflege ihres Mannes über den Kopf wachsen.

Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine Studie des Förderschwerpunkts konnte zeigen, dass die Angehörigen psychisch Kranker vielfältige und oft chronische Stressbelastungen bewältigen müssen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen und Einbußen an Lebensqualität nach sich ziehen können. Im Vergleich zur (ost-deutschen) Allgemeinbevölkerung wiesen die untersuchten Partner(inn)en deutlich häufiger körperliche und psychische Erkrankungen, hier vor allem depressive Störungen, auf (siehe Abbildung 7). Dies wird unter anderem bestätigt durch

eine erhöhte Zahl von Arztbesuchen der untersuchten Partner(inn)en insbesondere bei Fachärzt(inn)en, Psychiater(inn)en und Psychotherapeut(inn)en (Angermeyer et al. 2002).

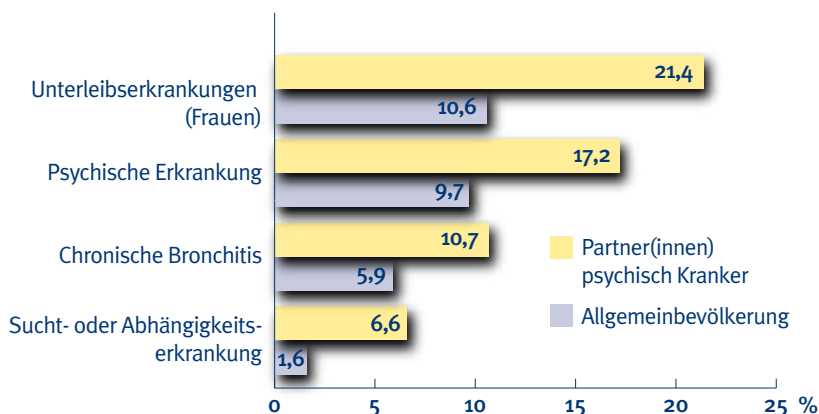


Abbildung 7: Körperliche und psychische Erkrankungen von Partner(inne)n psychisch Kranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aus den neuen Bundesländern in Prozent (Lebenszeitprävalenz; Angermeyer et al. 2002)

Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen

Prof. Gabriele Wilz und Dr. Birgit Böhm von der Technischen Universität Berlin haben verschiedene Angebote untersucht, die darauf zielen, Angehörige von Schlaganfallpatient(inn)en zu entlasten (Wilz & Jungbauer 2008). Dabei zeigte sich, dass es nicht reicht, Angehörige nur über verschiedene Gesichtspunkte der Erkrankung zu informieren.

Sie empfehlen eine auf den Einzelfall zugeschnittene Kombination verschiedener Unterstützungsangebote. Dazu gehört Informationsvermittlung und der Austausch unter Betroffenen. Besonders wichtig sind darüber hinaus psychologische Strategien: Dabei leiten Psycholog(inn)en oder Psychotherapeut(inn)en die Angehörigen dazu an, eigene Wege und Strategien zu finden, mit denen sie ihre Situation bewältigen und damit ihren Stress verringern können.

Eine weitere Studie (Wilz & Barskova 2007) zeigt, dass es Angehörigen von Schlaganfallpatient(inn)en nützt, ihre Erfahrungen mit gleichartig



Betroffenen unter psychotherapeutischer Gruppenleitung auszutauschen. Der Einsatz mehrerer Interventionsbausteine wie Informationsvermittlung (zum Beispiel zu Handlungsanweisungen für den Umgang mit den erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen des Partners) zusammen mit psychologischen Strategien war auch hier erfolgreich.

„Angehörige in der Rehabilitation“ war Themenschwerpunkt des Verbunds Berlin-Brandenburg-Sachsen. Darüber hinaus unterstützte der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

weitere Projekte und Programme für Angehörige (siehe Tabelle 6).

Die Interventionen zeigten deutliche positive Effekte auf die Gesundheit und Lebensqualität der Angehörigen, durch Verringerung von körperlicher Belastung, Depressivität und Ängstlichkeit sowie durch die Stärkung von Selbstvertrauen und Entwicklung von Bewältigungsstrategien.

Tabelle 6: Projekte zur konkreten Ausgestaltung und Evaluation von Hilfsangeboten für Angehörige chronisch Kranker

Indikation	Zielgruppe	Programm
Schlaganfall	Partner	Belastungsverarbeitung
Schlaganfall	Partner	Integration in die Behandlung und Rehabilitation
Psychische Erkrankungen	Partner	Belastungsbezogene Interventionen
Krebs	Angehörige	Erarbeitung eines Rahmens für die Angehörigenarbeit
Schädel-Hirn-Trauma	Partner	Bewertung sozialer Rehabilitationsfaktoren und Empfehlung für Programminhalte
Asthma und Neurodermitis bei Kindern	Eltern	Intensiv- und Minimalschulung
Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen	Familie (Eltern und Patienten)	Modulares Schulungsprogramm (FAMOSEs)

INTERVIEW

Im Gespräch – Was Angehörige leisten

Prof. Gabriele Wilz lehrt am Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Berlin.

Wodurch verbessern Angehörige den Rehabilitationsverlauf?

Wir wissen, dass der Reha-Erfolg eines Patienten oder einer Patientin entscheidend von psychischen Faktoren wie der Motivation und der Compliance abhängt. Wesentlich ist dabei, ob Patientinnen und Patienten ihr Verhalten positiv verändern können hinsichtlich Bewegung, Medikamenteneinnahme oder etwa gesunder Ernährung. An den Stellen ist es sehr sinnvoll, die Angehörigen einzubeziehen.

Auch die Aufgaben und Rollen der Angehörigen verteilen sich im Laufe einer chronischen Erkrankung neu. Je eher Angehörige dazu bereit sind, diese neue Rolle zu akzeptieren, umso günstiger wirkt sich dies auf ihre eigene Gesundheit und die Krankheitsbewältigung der Patientin oder des Patienten aus. Das kann konkret heißen, dass ein Ehepartner anfängt Auto zu fahren oder die finanziellen Angelegenheiten in die Hand nimmt. Darüber hinaus gilt es für Angehörige, die Persönlichkeit der Patientin

oder des Patienten zu wahren – sie oder ihn eben nicht als Kind zu behandeln, sondern stattdessen deren Autonomie und Selbstständigkeit zu stärken.

Welche Faktoren belasten Angehörige besonders?

Die psychischen Veränderungen des Kranken sind deutlich problematischer als funktionelle Einschränkungen. Insbesondere depressive Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen und Schwierigkeiten in der Kommunikation werden als besonders belastend erlebt.

Welche Ergebnisse des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ sind für Angehörige besonders bedeutsam?

Erstens: Psychische Interventionen sind hilfreich für die Angehörigen. Zweitens: Interventionen für Angehörige wirken sich positiv auf die Patienten aus. Selbst wenn die Interventionen nur den Angehörigen gelten, wird die Interaktion und Krankheitsbewältigung für die gesamte Familie verbessert.



Prof. Gabriele Wilz

Aus den Studien zu Interventionen für Angehörige von Schlaganfallpatient(inn)en ergaben sich darüber hinaus klare Hinweise auf positive Effekte auch für die Patient(inn)en (Wilz & Jungbauer 2008).



Nächste Schritte

Insgesamt ist in Zukunft ein interdisziplinärer und sektorenübergreifender Ansatz wünschenswert. Bereits in der stationären Rehabilitation könnten Angehörige durch Mediziner(innen) und Psycholog(inn)en gemeinsam mit den Patient(inn)en auf die ambulante Phase vorbereitet werden, zum Beispiel durch die Teilnahme an Schulungsgruppen oder durch interdisziplinäre Arzt- und Psychologensprechstunden. Pflegenden

Angehörigen sollten Ansprechpartner(innen) für die Phase nach der Rehabilitation sowie Unterstützungsangebote in der ambulanten Phase zur Verfügung stehen. Eine derartige Angebotskette gibt es zurzeit noch nicht.

Die Rehabilitationsträger sind nach wie vor gefordert, die Balance zwischen zwei Gegensätzen zu finden: Einerseits sind weitere Angebote für Angehörige zu entwickeln und in die Rehabilitation einzubeziehen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund gibt in einem Konzept zur Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation konkrete Empfehlungen hierzu (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007e). Auf der anderen Seite konzentriert sich der Reha-Auftrag der Rentenversicherung aber weiter hauptsächlich auf die Patient(inn)en.

Nachsorge

Den Behandlungserfolg sichern



Medizinische Rehabilitation ist erfolgreich, das beweisen zahlreiche Studien. Zwei Einschränkungen gibt es: Zum einen erreichen nicht alle Rehabilitand(inn)en das gesteckte Reha-Ziel schon während der Rehabilitation. Zum anderen ist es für einen Teil der Rehabilitand(inn)en schwierig, das Erreichte langfristig aufrechtzuerhalten. Drei Wochen intensives Lernen, Erproben und Üben können Verhaltens- und Lebensstiländerungen anstoßen, aber häufig nicht auf Dauer festigen. Deshalb ist Reha-Nachsorge wichtig: Sie setzt bestimmte Elemente der eigentlichen Rehabilitation fort – zum Beispiel durch Ausdauertraining oder Krankengymnastik – oder ergänzt sie – zum Beispiel durch Entspannungstraining. Reha-Nachsorge findet meistens in Gruppen und berufsbegleitend in Wohnortnähe statt. Sie ist häufig an Rehabilitationseinrichtungen angesiedelt.

Bestimmte Nachsorgeangebote, so etwa die Beispiele in den Kästen, werden von den Reha-Trägern finanziert: Das ist die Reha-Nachsorge im engeren Sinne. Häufig werden verschiedene Elemente zu einem individuellen Nachsorgeprogramm zusammengestellt.

Beispiel: IRENA = Intensivierte Reha-Nachsorge

Standardangebot vieler Rentenversicherungsträger. Bis zu 24 Termine von je 90-120 Minuten über max. 12 Monate, durchgeführt an (ambulanten oder stationären) Reha-Einrichtungen. Bei jedem Termin verschiedene Therapieeinheiten, zum Beispiel Krankengymnastik und Entspannungstraining, jeweils in der Gruppe.

Andere Angebote nehmen die Versicherten in eigener Verantwortung wahr und bezahlen sie gegebenenfalls auch selbst: Das ist die Nachsorge im weiteren Sinne. Sie kann in Eigenregie zum Beispiel in Fitness-Studios geschehen oder auch in Form von Präventionsprogrammen der Krankenkassen, Nichtrauchertrainings der Volkshochschulen oder Angeboten von Sportvereinen.

Beispiel: Curriculum Hannover

Reha-Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation. 25, in der Regel wöchentliche Gruppensitzungen, plus 2 oder 4 Einzelberatungen. Detailliertes Therapiemanual für die Gestaltung der Sitzungen. Fördert die Integration der in der vorangegangenen Rehabilitation erreichten Behandlungsergebnisse und Konfliktlösefähigkeiten in den Alltag. Ausbau bereits erarbeiteter physiologischer Steuerungs-, kognitiver Problemlöse- und sozialer Handlungskompetenzen.

Nachhaltig bleiben

Immerhin geben rund 50 Prozent der Rehabilitand(inn)en 9 bis 12 Monate nach der Rehabilitation noch gute bis sehr gute Langzeiteffekte an (Gerdes et al. 2005; siehe Abbildung 8).

Wie lange hat der Reha-Erfolg angehalten?



Quelle:
Gerdes et al. (2005)

Abbildung 8: Ergebnisse einer Patientenbefragung 9 Monate nach stationärer Rehabilitation

Dennoch: Der individuelle Reha-Erfolg ist nach anderen Studien in vielen Fällen schon nach 6 bis 12 Monaten „aufgebraucht“ (Hüppe & Raspe 2005). Die positive Wirkung der Rehabilitation über diesen Zeitraum hinaus langfristig zu sichern, ist Aufgabe der Reha-Nachsorge.

Die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung“ zeigen die Bandbreite der Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung und weisen auf wichtige Entwicklungsfelder hin (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007f).

Empfehlungen der Rentenversicherung zur Nachsorge

- Sport- und Bewegungstherapie, einschließlich Muskelaufbautraining/Medizinische Trainings-therapie (MAT/MTT)
- Physiotherapie
- Information, Motivation, Schulung (zum Beispiel Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen)
- Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (zum Beispiel zu Stressbewältigung, Entspannung, Tabakentwöhnung, Übergewicht)
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (zum Beispiel Training sozialer Kompetenz, sozialrechtliche Beratung), unterstützende Fallbegleitung (zum Beispiel bei stufenweiser Wiedereingliederung), Kontakte mit Betrieben und Betriebsärzt(inn)en
- Ergotherapie, Sprachtherapie, Funktionstraining
- Arbeitstherapie (zum Beispiel Arbeitsplatztraining)
- Neuropsychologische Therapie
- Psychotherapie

Ein Praxisleitfaden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2007) stellt dar, wie die Rehabilitationseinrichtungen selbst bereits während der Rehabilitation die Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs fördern können. Dies geschieht, indem gemeinsam mit den Rehabilitand(inn)en ganz konkret geplant und erprobt wird, welche Art der Nachsorge wirksam und im Alltag nach der Rehabilitation praktisch möglich ist.

Reha-Angebote, die ankommen

Dreh- und Angelpunkt für den Erfolg der Nachsorge sind die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Das bestgemeinte Programm bleibt wirkungslos, wenn sie es nicht umsetzen. Dr. Nikolaus Gerdes vom Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung und Kolleg(inn)en haben im so genannten RENA-Projekt (REhabilitationsNACHsorge) untersucht, welche Nachsorge-Angebote in Reha-Einrichtungen empfohlen werden und wie es um deren Umsetzung steht.

312 Rehabilitand(inn)en wurden gefragt, wie sie die Empfehlungen bewerteten und warum Empfehlungen nicht umgesetzt wurden: „Keine Zeit“, „Schwung fehlt“, „kann mir selbst helfen“ und „ist mir zu teuer“ waren dabei häufige Antworten (siehe Tabelle 7).

Für die Forscher waren viele der Gründe durchaus nachvollziehbar. Ein Teil der Hinderungsgründe für die Umsetzung der Nachsorge wäre zudem schon während der Rehabilitation erkennbar gewesen: So etwa der Kommentar eines Rehabilitanden „nächstes Thermalbad in ca. 40 km Entfernung; ohne Kfz nicht möglich“ bei der Empfehlung „regelmäßig Thermalbad“. In solchen Fällen kommt es darauf an, Hindernisse für die Nachsorge rechtzeitig zu erkennen und sie entweder zu überwinden oder eine besser umsetzbare Alternative zu finden.



Aufgaben der Reha-Einrichtung

- Überblick über aktuelle Nachsorgeangebote
- Erkennen des individuellen Nachsorgebedarfs
- Motivation der Rehabilitand(inn)en
- Konkrete Nachsorgeplanung und Unterstützung bei der Umsetzung
- Formulierung der Nachsorgeempfehlungen im ärztlichen Entlassungsbericht
- Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen

Empfehlung zum Nachsorgegespräch gegen Ende der Rehabilitation in drei Schritten

1. Nachsorgebedarf definieren
2. Umsetzungsmöglichkeiten und -hindernisse explorieren
3. Gegebenenfalls unterstützende Maßnahmen veranlassen

Nach den Erfahrungen der Forscher(innen) hat es sich generell bewährt, die Nachsorgemaßnahmen nicht „von der Stange“ zu verordnen, sondern individuell zugeschnitten und mit den Rehabilitand(inn)en abgestimmt anzubieten. Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor der Reha-Nachsorge ist – auch nach Einschätzung vieler Rehabilitand(inn)en selbst – ihre Einbindung in eine Gruppe, die das Durchhalten verstärkt und Erfolge (zum Beispiel bei der Gewichtsabnahme) durch Anerkennung belohnt. Ein weiterer Erfolgsfaktor, so Gerdes, dürfte darin liegen, den ersten Schritt,

etwa die Anmeldung in einer örtlichen Nachsorgegruppe, noch in der Reha-Einrichtung mit den Patient(inn)en gemeinsam zu machen.

Für Jede und Jeden das Richtige finden

Damit Nachsorge gelingt, muss sie sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des oder der Erkrankten orientieren. So bietet die Deutsche Rentenversicherung Nord in ihren Reha-Einrichtungen, aber auch in ausgewählten

Tabelle 7: Ergebnisse des RENA-Projekts

Nachsorgeempfehlungen im Entlassungsbericht (die 5 häufigsten)	Empfehlungen im Freitext (68 Prozent): <ul style="list-style-type: none">■ Heimtraining, Sport, gesunde Ernährung Empfehlungen durch Ankreuzen vorgegebener Felder: <ul style="list-style-type: none">■ Gewichtsreduktion (33 Prozent)■ Prüfung berufsfördernder Leistungen (16 Prozent)■ Heil-/Hilfsmittel (12 Prozent)■ Nikotinkarenz (11 Prozent)
Nachsorgeempfehlungen aus Patient(inn)ensicht (9 Monate nach Rehabilitation; die 5 häufigsten)	Gegebene Empfehlungen: <ul style="list-style-type: none">■ Heimtraining (90 Prozent)■ Gesunde Ernährung (65 Prozent)■ Physiotherapie (50 Prozent)■ Gewichtsreduktion (40 Prozent)■ Massage (30 Prozent) Umgesetzte Empfehlungen: <ul style="list-style-type: none">■ Alles umgesetzt (23 Prozent)■ Teilweise umgesetzt (71 Prozent)■ Nichts umgesetzt (6 Prozent)

Quelle: Gerdes et al. (2005)

physiotherapeutischen Praxen verschiedene Nachsorge-Programme an. Ziel ist ein enges Netz wohnortnaher Versorgung.

Bisher gibt es zwar schon über 30 standardisierte Nachsorge-Programme für die wichtigsten Krankheitsbilder, trotzdem finden sich noch regionale Versorgungslücken – vor allem in ländlichen Gebieten.

Daher wurden im Rahmen des Förderschwerpunkts auch neue Ideen auf ihre Praxistauglichkeit hin untersucht. Dazu zwei Beispiele: Ein strukturiertes Nachsorgeprogramm für Patient(inn)en mit rheumatischen Erkrankungen, bei dem diese für einige Tage erneut in die Reha-Einrichtung kommen (Ehlebracht-König & Bönisch 2004), und eine telefonische Nachsorge für Herz-Kreislauf-Kranke durch geschultes Pflegepersonal (Mittag et al. 2006). Beide Nachsorge-Angebote wurden von den Teilnehmer(inne)n sehr positiv aufgenommen.



Die Studie mit herzkranken Patient(inn)en erfasste den Krankheitsverlauf im Jahr nach der Rehabilitation und verglich die Ergebnisse mit denen einer Kontrollgruppe, die keine telefonische Nachsorge erhalten hatte. Das Nachsorge-Angebot trug Früchte.

Die Nachsorge führte zu

- signifikant niedrigeren Werten für Ängstlichkeit bei allen Teilnehmer(inne)n,
- einem sichtbaren Trend zu besserer Krankheitsbewältigung bei den Frauen und
- einem Rückgang des Risiko-Scores bei den Männern (Mittag et al. 2006).



Nächste Schritte

Die sprunghafte Zunahme der Nachsorgeleistungen in den letzten Jahren zeigt, dass die Bedeutung der Nachsorge für den Reha-Erfolg anerkannt ist. Wie in jeder Entwicklungsphase ist auch in dieser eine große Zahl von Programmen und Modellen eingeführt worden. Es kommt nun darauf an, sich vor allem auf die bewährten und erfolgreichen Programme zu konzentrieren und deren Inanspruchnahme zu fördern. In manchen Regionen müssen Nachsorgeangebote noch aufgebaut werden

Die Nachsorge muss als unverzichtbarer Bestandteil des Rehabilitationsprozesses im Konzept der Reha-Einrichtungen verankert werden – sie ist nicht als weniger wichtiger Zusatz zu verstehen.

Neben den Patient(inn)en sollten – soweit erforderlich und möglich – auch Angehörige in die Nachsorge einbezogen werden.

Die Nachsorgeleistungen selbst werden künftig noch besser dokumentiert. Dadurch lassen sie sich wirksam in die Reha-Qualitätssicherung einbeziehen.

Projekte im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ entwickeln und erproben neuartige Nachsorgeangebote. Kontakte mit ihren Therapeut(inn)en via E-Mail oder Telefon können die Betroffenen motivieren durchzuhalten und bei Problemen unterstützen. Eine andere Möglichkeit bietet das Internet: Statt zu einer Nachsorgegruppe zu fahren, halten Patient(inn)en, die sich aus der Reha-Klinik kennen, Kontakt zu ihren Behandler(inne)n, indem sie sich einmal im Monat ähnlich einer Telefonkonferenz in der Gruppe austauschen.

Frauen und Männer

Der kleine große Unterschied



Frauen und Männer unterscheiden sich. Sätze wie „Das ist doch typisch Mann“ oder „Natürlich eine Frau am Steuer“ unterstellen Frauen und Männern typische Verhaltensmuster. Solche und andere Unterschiede in gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechterrollen (englisch: gender) sind Gegenstand der Genderforschung. Frauen und Männer unterscheiden sich aber auch biologisch (englisch: sex), zum Beispiel bezüglich Körperbau und Hormonhaushalt. Diese Unterschiede können erhebliche Auswirkungen auf Entstehung, Verlauf, Behandlung und Folgen von Krankheiten haben.

Bisherige Untersuchungen legten ihr Hauptaugenmerk meist auf Besonderheiten bei Frauen. Geschlechterforschung in der Rehabilitation trägt dazu bei, die biologischen Geschlechtsunterschiede sowie die Lebenssituationen, Interessen und Bedürfnisse von Frauen und Männern zu berücksichtigen und so die Rehabilitation für beide Geschlechter gleichermaßen erfolgreich zu gestalten.

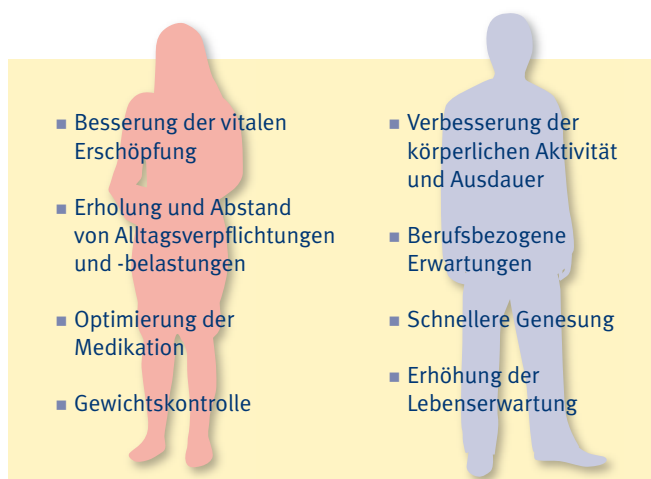


Abbildung 9: Unterschiedliche Erwartungen von Frauen und Männern an die Rehabilitation

Frauen und Männer unterscheiden sich

Geschlechtsspezifische Besonderheiten finden sich in den Lebensbedingungen, im Gesundheitsverhalten und bei der Bewältigung von Krankheiten.

Frauen haben meist noch eine geringere Schulbildung und sind seltener berufstätig als Männer. Wenn sie im Beruf stehen, dann häufiger in Teilzeitarbeit und mit schlechterer Bezahlung. Sie sind vielfach durch Familie und Beruf doppelt belastet. Psychisch fühlen sich Frauen häufiger als Männer überlastet oder depressiv, weisen ein geringeres Selbstwertgefühl auf und erfahren weniger soziale Unterstützung. Andererseits verbrauchen Männer im Vergleich zu Frauen mehr Alltagsdrogen wie Tabak und Alkohol. Sie ernähren sich schlechter und nehmen weniger Früherkennungsuntersuchungen wahr. Dafür sind Männer sportlich aktiver als Frauen.

Ziele und Erwartungen an die Rehabilitation

Auch hinsichtlich ihrer Ziele und Erwartungen an die medizinische Rehabilitation unterscheiden sich Frauen und Männer. Während Frauen Erholung und Abstand von Alltagsorgen und Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung als Ziele wichtig sind, stehen bei Männern vor allem körper- und berufsbezogene Erwartungen an die Rehabilitation im Vordergrund (siehe Abbildung 9).

Reha-Programme

Bei Erkrankungen, die, wie Brustkrebs, fast nur oder, wie Gebärmutterhals- und Prostatakrebs, ausschließlich bei einem Geschlecht auftreten, lassen sich Reha-Programme eher auf die Bedürfnisse der Personen dieses Geschlechts zuschneiden. Betreffen Erkrankungen – wie meistens – beide Geschlechter, werden Frauen und Männern häufig die gleichen Behandlungen angeboten. Lediglich in der Sucht- und der psychosomatischen Rehabilitation gibt es seit geraumer Zeit besondere Therapieangebote für Frauen und Männer (zum Beispiel spezielle themenbezogene Gruppen oder Reha-Einrichtungen/-Abteilungen nur für Frauen).

In der Suchtrehabilitation werden Reha-Einrichtungen, die ausschließlich für Frauen gedacht sind, und frauenspezifische Angebote ausgebaut. Ein Grund dafür ist, dass bei Frauen häufig Gewalterfahrungen mit Männern zur Suchtentwicklung beitragen.

In der Rehabilitationsforschung sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern bisher vor allem bei Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit untersucht worden (Grande 2008; Mittag & Grande 2008).

Frauenherzen schlagen anders

Was passiert mit Frauen und Männern nach einem akuten Herzinfarkt? Wie viele nutzen eine Reha-Einrichtung? Wie zufrieden sind sie mit den Reha-Maßnahmen? Diesen Fragen ging eine Arbeitsgruppe des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Rehabilitationswissenschaften bei 668 Patient(inn)en auf den Grund (Grande et al. 2002).

Sie kam zu folgenden Ergebnissen:

- Keine Unterschiede zeigten sich bei Reha-Inanspruchnahme und -Versorgung.
- Größere geschlechtsspezifische Unterschiede offenbarten sich in der psychosozialen Ausgangslage: Frauen waren älter, depressiver, ängstlicher und hatten einen niedrigeren sozialen Status als Männer.
- Bei beiden Geschlechtern entschied das Alter über den Reha-Verlauf. Ältere erhielten
 - weniger invasive Diagnostik und Therapien
 - weniger ärztliche Beratung
 - weniger Therapieangebote verordnet.

Prof. Ursula Härtel und ihr Team vom Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern bestätigten in zwei Studien die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der psychischen Situation zu Beginn der Rehabilitation. Sie fanden darüber hinaus auch eine vom Alter unabhängige stärkere Ausgangsbelastung bei Frauen. Diese bezog sich sowohl auf die gesundheitliche Lebensqualität, die Schwere des Infarktes, die Anzahl zusätzlicher kardiologischer und sonstiger Begleiterkrankungen sowie auf klassische Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, höheres Cholesterin und Übergewicht. Während der stationären Rehabilita-



tion ließen sich die körperlichen Risikofaktoren bei beiden Geschlechtern signifikant senken, bei den Frauen blieben sie dennoch häufiger erhöht, ebenso wie die Angst- und Depressionswerte. Nach der Rehabilitation nannten die untersuchten Frauen häufiger als die Männer spezifische Barrieren, zum Beispiel mangelnde Fahrgelegenheiten, aber auch zu starke gesundheitliche Belastung, die sie an der Teilnahme an ambulanten Herzgruppen hindern (Härtel et al. 2005; Härtel 2008).

Bewegungsprogramm für Frauen in der kardiologischen Rehabilitation

Spezielle Angebote für Patientinnen

Die Arbeitsgruppe um Härtel hat ein speziell auf die Bedürfnisse von herzkranken Frauen abgestimmtes Interventionsprogramm in der Klinik Höhenried überprüft. Mit deutlichem Erfolg (Härtel 2008): Die Teilnehmerinnen zeigten sich insgesamt zufriedener mit dem Reha-Programm als die Kontrollgruppe im Standardprogramm mit gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Ihr Selbstvertrauen stieg signifikant und ihre Angstsymptomatik lag deutlich niedriger. Sie waren eindeutig zufriedener mit ihren persönlichen Fortschritten und der Aufklärung über ihre Reha-Ziele. Auch die Bewegungstherapie, die Ernährungsberatung und die psychologische Betreuung empfanden sie als besser.

Noch zwölf Monate nach der stationären Anschlussheilbehandlung zeigten sich Unterschiede: Die Frauen aus dem Frauen-Interventionsprogramm

waren sportlich aktiver, wussten über ihre Risikofaktoren besser Bescheid und hielten sich genauer an die Ernährungsempfehlungen. Sie nahmen außerdem häufiger an ambulanten Herzgruppen teil.



Gesunde Ernährung als Thema des Frauen-Therapieprogramms

Aus diesem ersten Interventionsprogramm hat sich ein Frauen-Therapieprogramm für die Routineversorgung entwickelt, das zurzeit wissenschaftlich untersucht wird. Dabei ist insbesondere der Erfolg des Programmbausteins zur Bewegung auffällig, der frauenspezifische Körperthemen (Venen, Beckenboden, Osteoporosegymnastik, Übergewichtsprobleme) und Entspannungsmethoden mit musischen Inhalten aufnimmt und praktische Anleitungen zur Umsetzung gibt.



Nächste Schritte

Sind mit den vorgestellten Projekten nun alle Genderfragen beantwortet oder gibt es weitere Forschungsthemen, die geschlechtsspezifisch untersucht werden sollten?

Prof. Ursula Härtel hat in der Klinik Höhenried gerade mit einer neuen interdisziplinären Studie begonnen, in der etwaige Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Entstehung und im Verlauf von chronischen Rückenschmerzen untersucht werden und zwar sowohl unter biomedizinischen als auch unter psychosozialen Aspekten. Auch ist es ihrer Meinung nach sinnvoll, die Patientinnen und

Patienten der ersten kardiologischen Studien noch einmal nachzubefragen, um die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der langfristigen Prognose nach akuter koronarer Herzkrankheit zu prüfen.

Prof. Gesine Grande von der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) in Leipzig wünscht sich, dass die Bedeutung psychosozialer Unterschiede und die Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen (zum Beispiel Beratungsgespräche) genauer erforscht werden. „Die gleiche Beratungsstrategie hatte bei Männern und Frauen teilweise konträre Auswirkungen“, so Grande. Während Männer mit konkreten Verhaltensempfehlungen bzw. Ratschlägen zufrieden sind, ist dies bei Frauen weniger der Fall: Ihnen helfen eher Gespräche, in denen auf sie und ihre Probleme eingegangen wird. Programme zur allgemeinen Gesundheitsförderung können Frauen darin unterstützen, alltägliche Belastungen besser zu bewältigen. Studien empfehlen daher solche Programme in die kardiale Rehabilitation einzubinden (Mittag 2003).

Zudem ist die Erforschung rein männlicher Gesundheitsaspekte ein (noch) wenig beachtetes Thema.

Wie wird die Genderperspektive im neuen Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ weitergeführt? Grande kann aus einer Umfrage bei den beteiligten Projekten berichten, dass die Mehrzahl plant, Frauen wie Männer in den Stichproben ausreichend zu berücksichtigen sowie die Auswertungen und Ergebnisdarstellungen auch geschlechtsspezifisch durchzuführen. Diese Aussage zeigt, dass die Bedeutung des Gesichtspunkts Gender für den Rehabilitationserfolg zunehmend wahrgenommen wird. Gender steht mit anderen für die Rehabilitation wichtigen Aspekten wie Alter, sozialer Status, Migrationshintergrund oder psychische Komorbidität in einer Reihe.



Erprobung unter Alltagsbedingungen

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ lieferte viele interessante und wichtige Forschungsergebnisse. Nun ist die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis alles andere als leicht, wie auch Prof. Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, verdeutlicht: „Wir wissen noch bei weitem nicht genug, aber wir wären viel weiter, wenn wir umsetzen würden, was wir wissen“ (VdAK 2003).

Was war also mit den Ergebnissen zu tun? Es ging vor allem darum, die Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis umzusetzen (siehe „Umsetzung im engeren Sinn“). Gleichzeitig war klar, dass – zumindest aus Sicht der Rentenversicherung – die Umsetzbarkeit der Ergebnisse ein wichtiges Kriterium für den Erfolg des Förderschwerpunkts ist. Zusätzlich war mit Effekten der Forschung zu rechnen, die über die Reha-Praxis hinausgehen (siehe „Umsetzung im weiteren Sinn“).

Die Forschungsergebnisse unterscheiden sich im Grad ihrer Umsetzbarkeit: Es gab Ergebnisse, die weiteren Forschungsbedarf aufzeigten. Andere wiederum sollten zunächst unter Alltagsbedingungen in einer Reha-Einrichtung oder aber bei einem Reha-Träger erprobt werden.

Umsetzung im engeren Sinn zielt auf direkte Veränderungen der Rehabilitationspraxis.

Umsetzung im engeren Sinn

- ist ein komplexer Prozess
- geschieht nicht von allein
- dauert
- geschieht auf verschiedenen Ebenen
- bedarf verschiedener Aktivitäten (ISAKS-Modell, siehe Seite 44)
- benötigt viele Akteure
- kostet Geld
- muss viele Barrieren überwinden.

Umsetzung im weiteren Sinn

Das sind weitere Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus der Forschung über direkte Veränderungen der Rehabilitationspraxis hinaus.

Beispiele (siehe Kapitel Struktureffekte):

- Erhöhung des methodischen und theoretischen Niveaus der Reha-Forschung und damit einhergehende internationale Publizierbarkeit der Ergebnisse
- Verstetigung rehabilitationswissenschaftlicher Strukturen in Forschung und Lehre, zum Beispiel Umwandlung von Stiftungsprofessuren in reguläre Universitätsprofessuren
- Etablieren rehabilitationsbezogener Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte
- Wahrnehmung der Bedeutung und Wirksamkeit der Rehabilitation für die Gesundheitsversorgung durch Fachleute, Betroffene und Versicherte
- Auswirkungen auf die weitere Forschung und Forschungsförderung, zum Beispiel die Beteiligung weiterer Reha-Träger an der Forschungsförderung.

Um für wesentliche Projektergebnisse vor allem aus der ersten Förderphase den Transfer in die Praxis zu unterstützen, hatten die Förderer eigens eine Umsetzungsphase vorgesehen. Für begleitende wissenschaftliche Projekte reservierten sie Mittel in Höhe von bis zu 2 Millionen Euro (Buschmann-Steinhage & Zwingmann 2003). Im Februar 2004 erfolgte eine Ausschreibung von Rentenversicherung und Bundesforschungsministerium (BMBF) zur „Umsetzung von Ergebnissen der Rehabilitationsforschung in die Versorgungspraxis“. Sie benannte vorrangige Handlungsfelder und Themenschwerpunkte (Klosterhuis et al. 2005).

Patientenschulung

Patientenschulungsprogramme haben unter anderem die Aufgabe, die Mitarbeit der Patient(inn)en bei der Rehabilitation zu steigern. Sie sollen die Fähigkeiten der chronisch Kranken verbessern, mit ihrer Erkrankung selbstverantwortlich umzu-

gehen. Mehrere Studien des Förderschwerpunkts belegten die Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen (siehe Kapitel Patientenschulung). In einem Umsetzungsprojekt ging es besonders darum, Probleme bei der Einführung von Schulungsprogrammen aufzudecken und dafür Lösungswege zu erarbeiten. Dazu wurden in mehreren Reha-Einrichtungen strukturierte Patientenschulungsprogramme neu eingeführt. Sowohl die Patient(inn)en als auch die interdisziplinären Schulungsteams waren mit den Programmen hoch zufrieden. Wegen Personalmangels war es aber manchmal schwierig, die Schulung regelmäßig durchzuführen. Außerdem erwiesen sich Gruppenprogramme im Vergleich zu Einzeltherapien als schwerer planbar. Dennoch konnten die beteiligten Einrichtungen die Schulungsprogramme erfolgreich einführen. Als Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung entstanden praxisorientierte Leitfäden zur Implementierung von Schulungsprogrammen (siehe Seite 15).



Rehabilitationseinrichtungen setzen die Ergebnisse des Förderschwerpunkts um.

Ein anderes Umsetzungsprojekt – das Zentrum Patientenschulung – widmete sich der Bestandsaufnahme aller aktuellen Patientenschulungsprogramme. Die Programme sind mittlerweile in einer Datenbank zusammengestellt und bewertet (siehe Seite 14).

Zugang zur Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftige Versicherte zu erreichen und möglichst schnell einer geeigneten Rehabilitation zuzuführen, ist für die Reha-Träger äußerst

wichtig. Für die Indikationen „Diabetes mellitus Typ 2“, „Chronische Rückenschmerzen“ und „Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen“ entwickelten drei Projekte ein Verfahren („Lübecker Algorithmus“), das den Rehabilitationsbedarf von Versicherten möglichst genau ermittelt. Aus Teilen dieses Lübecker Algorithmus wurden krankheitsspezifische Selbstauskunftsbögen abgeleitet.

In der Umsetzung ging es zunächst darum, Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines solchen Selbstauskunftsbogens für die Feststellung von Reha-Bedarf durch die Träger zu ermitteln. Außerdem sollten die krankheitsspezifischen Ansätze zu einem grundsätzlich für alle Krankheitsgruppen einsetzbaren (generischen) Bewertungsverfahren weiterentwickelt werden. Daraus sollten ein Selbstauskunftsbogen und ein Berichtsverfahren entstehen mit dem Ziel, die sozialmedizinischen Dienste der Reha-Träger bei der Begutachtung von Reha-Anträgen und im Widerspruchsverfahren zu unterstützen.

Die Entwicklung des krankheitsübergreifenden Bewertungsverfahrens wurde erfolgreich abgeschlossen. Auch die praktische Erprobung des neu entwickelten Selbstauskunftsbogens und der automatisierten Berichterstellung im Begutachtungsverfahren verlief erfolgreich. Allerdings zeigte sich ein zwiespältiges Ergebnis: Zwar beurteilten die Versicherten den Selbstauskunftsbogen sehr positiv. Die in das Projekt gesetzte Erwartung, die Prüfung durch die Sozialmediziner wesentlich zu vereinfachen und die – sowieso schon sehr kurze – Bearbeitungsdauer im Antragsverfahren zu verkürzen, wurde aber nicht erreicht. Daher kommt dieses Verfahren vorerst voraussichtlich nicht zum Einsatz (Mittag & Raspe 2008).

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation

Eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation allein ist angesichts der aktuellen Anforderungen des Arbeitsmarkts keine Garantie mehr für die Rückkehr oder den Wiedereinstieg in den Beruf. Deshalb soll

das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation stärker als bisher auf die Integration in das Erwerbsleben ausgerichtet werden (siehe Kapitel Berufliche Orientierung). Ein wichtiges Ziel der Umsetzungsphase war deshalb die Entwicklung und die Verbreitung spezifischer berufsorientierter Reha-Angebote, die den Rehabilitand(inn)en den Wiedereinstieg ins Berufsleben ermöglichen.

Um erwerbsbezogene Probleme überhaupt zu erkennen, wurden in der Umsetzungsphase zudem zwei Fragebögen zum Bedarf an berufsorientierten Rehabilitationsleistungen entwickelt. Die Fragebögen eignen sich gut, um besondere berufliche Risiken abzuschätzen und sind versichertenfreundlich kurz gehalten. Sie lassen sich bei der Zuweisungssteuerung durch die sozialmedizinischen Dienste der Reha-Träger oder bei der Behandlungsplanung in Reha-Einrichtungen einsetzen (siehe Seite 19).

Die Bestandsaufnahme der aktuell in den Reha-Einrichtungen angebotenen berufsorientierten Angebote ergab ein überaus breites Spektrum. Um allen Patient(inn)en ein passendes erwerbsbezogenes Mindestprogramm anbieten zu können, wurde aus dem Angebotsspektrum ein berufsorientiertes Basisangebot herausgefiltert: Es reicht von der Diagnostik über Motivation und Beratung bis hin zu Schulungsprogrammen und zur Planung oder Vermittlung weiterer Kontakte und Leistungen.

Spezialisierte Reha-Einrichtungen bieten zusätzlich eine umfassende Leistungsdiagnostik sowie interne oder externe Belastungserprobungen an. Sowohl das Basisangebot als auch indikations-spezifische Therapiebausteine werden zukünftig zielgruppengerecht – zum Beispiel über eine Homepage im Internet – aufbereitet und den Reha-Einrichtungen zugänglich gemacht.

Weitere Themen der Umsetzung

Weitere wichtige Themenfelder wie Reha-Nachsorge und psychische Komorbidität wurden nicht in die Ausschreibung einbezogen. Sei es, weil noch nicht genug umsetzbare Ergebnisse zum Thema

”



„Die Umsetzungsphase war wichtig, um Sozialversicherungsträger und Wissenschaft projektbezogen zusammenzuführen. Sie hat gezielt geholfen, die Projekte in die Praxis zu bringen, die kurz vor der Umsetzungsreife standen.“

Dr. Gabriele Hausdorf, Leiterin des Referats Gesundheitsforschung, Bundesministerium für Bildung und Forschung

vorlagen oder aber die Förderung von Umsetzungs-vorhaben bereits in einem anderen Rahmen erfolgte (siehe Kapitel Psychische Komorbidität).

Bei dem Thema Nachsorge wurde noch ein anderer Weg der Umsetzung gewählt: Eine Arbeitsgruppe der Rentenversicherung sichtete vorhandene Modelle zur Nachsorge und verglich sie im Hinblick auf praktische Bewertungskriterien. Daraus entstanden Empfehlungen zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation für die Rentenversicherung (siehe Kapitel Nachsorge).

Flächendeckende Umsetzung

Viele der Neuerungen, zum Beispiel spezielle Therapiebausteine (Patientenschulung, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation), haben den Praxistest bestanden. Wie lassen sich diese Neuerungen nun möglichst flächendeckend umsetzen? Das gelingt nur, indem sich verschiedenste Akteure beteiligen und bereit sind, miteinander zu arbeiten: Rehabilitationsträger, Reha-Einrichtungen und die dort tätigen Mitarbeiter(innen), Förderer, Forscher(innen), wissenschaftliche Fachgesellschaften, Politik (Gesetzgeber, Regierung), Rehabilitand(inn)en und Versicherte sowie Selbsthilfegruppen.

Selbstverständlich könnte man darauf vertrauen, dass sich gute Ideen auch von allein durchsetzen.

Sei es durch Veröffentlichungen und Kongresse, indem Rehabilitand(inn)en begeistert von früheren Aufenthalten mit speziellen Therapieangeboten sprechen oder aber Ärztinnen und Ärzte am Rande von Fortbildungsveranstaltungen über Erfolge von Neuerungen berichten. Allerdings dauert diese Umsetzung durch Mundpropaganda (vielleicht zu) lange. Deshalb ergreift die Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit Wissenschaftler(inne)n und Rehabilitationseinrichtungen ein ganzes Bündel von Maßnahmen, um diesen Prozess planmäßig zu gestalten, zu fördern und zu beschleunigen.

ISAKS am Beispiel Patientenschulung

ISAKS-Modell der Umsetzung im engeren Sinn

Information
Service
Aufforderung, Anreize
Kontrolle
Sonstiges

Für die Umsetzungsplanung hat sich das so genannte ISAKS-Modell bewährt. Je nach Art des Forschungsergebnisses können unterschiedliche Elemente aus diesen fünf Gruppen zu einem Plan zusammengeführt werden.

Am Beispiel des Umsetzungsfeldes „Patientenschulung“ lassen sich die einzelnen Module des ISAKS-Modells mit Leben füllen:

ISAKS Information

- Vorträge bei Tagungen von Klinik- und Reha-Trägern für die Zielgruppe Reha-Einrichtungen
- Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter(innen) in Reha-Einrichtungen, Reha-Abteilungen der Rentenversicherungsträger und der Selbstverwaltung
- Gespräche mit Selbsthilfeorganisationen
- Publikation konkreter Erfahrungsberichte über die Einführung von Patientenschulung
- Darstellung der Kosten von Patientenschulung.

ISAKS Service

- Sammlung von Patientenschulungsprogrammen, unter anderem für die Datenbank des Zentrums Patientenschulung

- Datenbank im Internet mit Publikationen, Therapiemanualen und Fortbildungsangeboten zu den Schulungsprogrammen
- Organisation von Fortbildungen für Therapeut(inn)en aus den Reha-Einrichtungen
- Schaffung einer Servicestelle „Patientenschulung“, zum Beispiel bei einem Verbund.

ISAKS Aufforderung, Anreize

- Aufnahme in Leitlinien über Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Reha-Fachgesellschaften und Reha-Träger
- Gremienbeschlüsse der Deutschen Rentenversicherung
- Rundschreiben an Rentenversicherungsträger und Reha-Einrichtungen: Hinweis auf Beschlüsse und Datenbanken
- Diskussion und Empfehlung zur Frage, welche Therapieelemente dafür eventuell entfallen können.

ISAKS Kontrolle

- Berücksichtigung bei der Reha-Qualitätssicherung: Beurteilung durch Expert(inn)en (so genanntes Peer Review), Patient(inn)enbefragung, Klassifikation Therapeutischer Leistungen
- (Regelmäßige) Erhebung zur Durchführung von Patientenschulung in der Einrichtung, soweit dies nicht durch die Qualitätssicherung geschieht
- Berücksichtigung bei Belegungsverträgen mit Reha-Einrichtungen
- Hinweise bei Visitationen der Reha-Einrichtungen.

ISAKS Sonstiges

- Gespräche mit der Krankenversicherung über ambulante Patientenschulungsprogramme und deren Finanzierung
- Auslobung eines Preises für neue Materialien, zum Beispiel zu einer Patientenschulung
- Gewinnung von Sponsoren für die Entwicklung neuer Schulungsprogramme oder weiterer Materialien.

Rolle der Rentenversicherungsträger

Die Rentenversicherung trägt nicht nur die Kosten für Rehabilitationsleistungen, sondern ist als Leistungsträger mit Strukturverantwortung auch mitverantwortlich für deren Weiterentwicklung und die Sicherung ihrer Qualität. Dies entspricht auch den gesetzlichen Bestimmungen nach § 13 des 6. Sozialgesetzbuchs (SGB VI): „...ihre Reha-Leistungen sollen dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen“.

Die Rentenversicherung nutzt ihre Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten zur Umsetzung von Forschungsergebnissen durch:

... Information

Die Rentenversicherung kommuniziert Forschungsergebnisse über

- Publikationen wie Schwerpunktheft der Zeitschrift „Die Rehabilitation“, DRV-Schriften oder diese Broschüre
- Veranstaltungen, zum Beispiel über das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium oder Vorträge auf anderen wissenschaftlichen Kongressen zu Ergebnissen der Rehabilitationsforschung
- Sozialmedizinische Fortbildung

Das so verbesserte und aktualisierte Fachwissen der in der Rehabilitation Tätigen ist eine wichtige Voraussetzung, um die Rehabilitationspraxis zu verbessern.

... Service

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hält eine Projektdatenbank vor

Den Reha-Einrichtungen, Reha-Trägern, Forschenden und anderen Interessierten soll der Zugang zu den Ergebnissen aus dem Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" erleichtert werden. Auch die Kommunikation innerhalb der Rehabilitationswissenschaften wird unterstützt. Hierfür hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Internet eine mit Suchbegriffen erschlossene Da-



Schwerpunktheft zum Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ in der Fachzeitschrift „Die Rehabilitation“

tenbank aufgebaut mit Kurzdarstellungen, Ergebnisberichten und Literaturhinweisen zu den Projekten aus dem Förderschwerpunkt (www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de → Reha-Wissenschaften → Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften – Projekt-Datenbank).

... Aufforderung

Die Rentenversicherung entwickelt Konzepte und Empfehlungen

So nahm die Projektgruppe Nachsorge der Rentenversicherungsträger Ergebnisse und Hinweise aus den Projekten des Förderschwerpunkts (siehe Ka-



Die Projektdatenbank im Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung Bund

pitel „Nachsorge“) in die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsnachsorge“ auf.

Ein weiteres Beispiel ist das Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007g). Es dient als Orientierung für die inhaltliche Gestaltung der medizinischen Rehabilitation, beschreibt deren rechtliche Grundlagen, ihre Ziele, welche Therapieelemente dazugehören und wie sie durchgeführt werden soll. In die jüngste Überarbeitung des Rahmenkonzepts gingen auch wichtige Erkenntnisse aus dem Förderschwerpunkt ein, beispielsweise zur Patientenschulung oder zur psychischen Komorbidität.

... Aufforderung

Die Rentenversicherung gibt Leitlinien vor

Seit 1998 fördert die Deutsche Rentenversicherung die wissenschaftliche Erstellung von Leitlinien für die medizinische Rehabilitation (Brüggemann & Klosterhuis 2005). Bisher wurden für sechs Indikationen solche Reha-Leitlinien erstellt (koronare Herzkrankheit, chronische Rückenschmerzen, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall). Sie befinden sich in verschiedenen Stadien der Erprobung. Weitere Leitlinien sind in Arbeit.



Diese Reha-Leitlinien beschreiben Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen und setzen sich aus verschiedenen Therapiebausteinen (Therapiemodulen), unter anderem Ausdauertraining, zusammen. Je Indikation werden die notwendigen Therapieinhalte, die Zeitgestaltung und die einzelnen therapeutischen Leistungen, wie Geh- und Lauftraining mit definierter Belastung, festgelegt. Dabei konzentrieren sich die Reha-Leitlinien auf Behandlungsformen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Hier fließen dann Ergebnisse aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ein.

... Kontrolle

Die Rentenversicherung prüft in der Reha-Qualitätssicherung therapeutische Leistungen

Durch die Reha-Qualitätssicherung (Egner et al. 2006) werden die therapeutischen Leistungen der Reha-Einrichtungen anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) dokumentiert und analysiert. Wenn für die jeweiligen Krankheitsbilder Leitlinien vorliegen, erhalten die Einrichtungen eine detaillierte Rückmeldung, inwieweit ihre Therapie leitliniengerecht erfolgt.

... Kontrolle

Die Rentenversicherung prüft die Reha-Einrichtungen

Bei den regelmäßigen Visitationen von Fachleuten der Rentenversicherungsträger weisen diese im Gespräch mit Ärzt(inn)en und Verwaltungsleiter(inn)en auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse hin. Für diese Besuche in den Reha-Einrichtungen gibt es ein Manual mit Checklisten, die Ergebnisse aus den Projekten des Förderschwerpunkts aufgreifen. Das gilt insbesondere für Anforderungen an die Patientenschulung, die Vorbereitung der Reha-Nachsorge oder die Berücksichtigung von beruflichen Problemlagen.

Fazit

”



„Die Optimierung der Rehabilitation durch die Umsetzung von Forschungsergebnissen benötigt Zeit: Es gilt Menschen zu überzeugen. Menschen und Institutionen ändern sich langsamer als Technologien. Deshalb ist die Umsetzung von Ideen und Programmen dort schwieriger und langwieriger, wo Menschen ihr Erleben und Verhalten ändern müssen und nicht nur ein neues Medikament oder ein neues technisches Diagnoseverfahren eingesetzt werden muss.“

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund

Umsetzung ist ein kontinuierlicher und dauerhafter, manchmal langwierig erscheinender Prozess. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den Reha-Trägern – wie bei allen Sozialleistungsträgern – Geld knapp ist. Es fließen also in der Regel keine zusätzlichen Mittel für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Reha-Einrichtungen oder in die Verwaltung der Rentenversicherungsträger.

Unter der Nutzung vorhandener Ressourcen wird es also bei der Umsetzung vielfach nicht um eine Ausweitung des Therapieangebots gehen können, sondern um eine mehr oder minder deutliche Konzentration des Leistungsspektrums auf Therapien, deren Wirkung wissenschaftlich untermauert ist. Dass dieses Vorgehen gelingt, zeigen die bisherigen Erfahrungen aus der Umsetzungsphase.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nur kontinuierliche Rehabilitationsforschung und die Umsetzung ihrer Ergebnisse eine erfolgreiche Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation ermöglichen.

”

„Die deutsche Rehabilitation ist ein schützenswertes Gut – sie wird nur überleben durch gute Forschung!“

Prof. Uwe Koch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Struktureffekte

Die Rehabilitation ist in der Wissenschaft angekommen



„Wir sind sehr zufrieden und wir haben meines Erachtens alle Ziele erreicht. (...) Die Strukturmaßnahmen waren ein voller Erfolg.“

Dr. Gabriele Hausdorf, Leiterin des Referats Gesundheitsforschung, Bundesministerium für Bildung und Forschung

„Das Förderprogramm für die Reha-Forschung gilt als vorbildlich. Grund dafür sind seine Interdisziplinarität und die enge Verknüpfung zwischen Sozialwissenschaft, Klinik und Trägern.“

Prof. Uwe Koch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften

„Ich sehe Erfolge auf mehreren Ebenen: Einmal ging es um die Stärkung der reha-wissenschaftlichen Strukturen. Verbünde, regionale Förderschwerpunkte wurden etabliert. Punkt zwei ist die Verbesserung der Kooperation und Kommunikation der Reha-Wissenschaftler untereinander, aber auch die Kommunikation zwischen Wissenschaftlern, Leistungsträgern und Leistungserbringern.“

Prof. Wilfried Mau, Inhaber des Stiftungslehrstuhls Rehabilitationsmedizin, Universität Halle

Der Förderschwerpunkt hat seine strukturellen Ziele erreicht: Der Aus- und Aufbau neuer Forschungsstrukturen wurde in allen regionalen Forschungsverbänden verwirklicht (siehe Abbildung 10). Die Verbundförderung brachte die Wissenschaftler(innen) mit den Leistungsträgern zusammen und führte sie näher an die Bedürfnisse der Praxis. Das Fach Rehabilitation ist an vielen Universitäten und Hochschulen verankert und als wissenschaftliche Disziplin mit eigener Fachgesellschaft etabliert. Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation sind gestiegen. Auch die gemeinsamen Förderaktivitäten von Bundesforschungsministerium (BMBF) und Rentenversicherung werden fortgesetzt.

Forschungsverbände, Fördervereine und Netzwerke

Alle acht regionalen Forschungsverbände haben ihre erfolgreiche Arbeit über das Ende der Förderung hinaus verstetigt. Sie sind in unterschiedlicher Weise in den jeweiligen Regionen etabliert.

Vor allem die Geschäftsstellen und die Methodenberatung der Verbände arbeiten weiter und unterstützen die Forschungsprojekte, die in den regionalen Forschungsverbänden arbeiten. Auch Fördervereine, regionale Netzwerke und Kooperationen mit Universitäten führen die Arbeit der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände und die regionale Forschungsförderung weiter (siehe

Überblick über die Weiterführung und Adressen der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände im Anhang Seiten 54 bis 57).

Das Konzept des Förderschwerpunkts, regionale Verbände statt nur einzelner Projekte zu fördern, ist aufgegangen. Die strukturellen Bedingungen für eine längerfristig angelegte rehabilitationswissenschaftliche Forschung sind damit wesentlich verbessert. Dies stärkt die wissenschaftlichen Grundlagen der Rehabilitation im Sinne der immer häufiger verlangten Evidenzbasierung.

Die fachliche Vernetzung der Projekte untereinander unterstützten auch mehrere projekt- und verbundübergreifende Arbeitsgruppen. Die Arbeitsgruppe „Generische Methoden“ entwickelte insbesondere Vorschläge zur Harmonisierung der in den Projekten verwendeten Erhebungsinstrumente, um die Ergebnisse verschiedener Studien später besser miteinander vergleichen zu können. Die Arbeitsgruppe besteht weiter, nun als AG Methoden der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW; siehe Seite 51). Sie bietet unter anderem für Nachwuchswissenschaftler(innen)

Beispiel Norddeutscher Forschungsverbund

Der Norddeutsche Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) e.V. hat sich inzwischen als eingetragener Verein verselbständigt. Gleichzeitig gibt es den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr), der die bisherige Förderung durch den Förderschwerpunkt verstetigt. Die Deutsche Rentenversicherung Nord hat einen regelmäßigen Etat für den Förderverein vorgesehen: 15-20 Projekte pro Jahr werden dadurch weiter gefördert.

Fortbildungsveranstaltungen zu Forschungsmethoden als regelmäßige Summer Schools und beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium an. In der AG „Reha-Ökonomie“ erarbeiteten die Experten während des Förderschwerpunkts erstmals Empfehlungen für die gesundheitsökonomische Evaluation im Bereich der Rehabilitation (VDR 1999). Inzwischen arbeitet diese AG als Arbeitsgruppe „Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation“ in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) weiter.

Jäckel in Freiburg sind zwei Rehabilitationswissenschaftler, die ebenfalls über eine – inzwischen von der Universität übernommene – Stiftungsprofessur an die Universität kamen. Eine ganze Reihe weiterer Institute forschen und lehren ebenfalls zur Rehabilitation: Rehabilitationspsychologie in Freiburg (Prof. Jürgen Bengel) und Stendal (Prof. Gabriele Helga Franke, Prof. Matthias Morfeld), Physikalische Medizin bzw. Prävention und Rehabilitation in Hannover (Prof. Christoph Gutenbrunner, Prof. Ulla Walter), Sozialmedizin in Lübeck (Prof. Heiner Raspe) – um nur Einige zu nennen.

Prof. Wilfried Mau, Stiftungsprofessor für Rehabilitationsmedizin an der Universität Halle-Wittenberg, schreibt dem Förderschwerpunkt einen Sinneswandel im traditionellen Selbstverständnis der Universitäten zu: „Weil sie zum Teil andere Ziele und Methoden als die kurative Medizin hat, wurde die Rehabilitation lange Zeit von vielen Medizinerinnen nicht anerkannt. Dies hat sich – nach meinem Eindruck katalysiert durch den Förderschwerpunkt – heute geändert.“ Dazu beitragen mag auch die Tatsache, dass die Reha-Forschung inzwischen beachtliche Forschungsdrittmittel einwirbt – für



Prof. Wilfried Mau

Rehabilitation in Forschung und Lehre

Die Struktureffekte zeigen sich insbesondere dadurch, dass Forschungsinstitute oder -abteilungen an den Universitäten geschaffen wurden. Dazu zählen Arbeitsbereiche für Rehabilitationswissenschaften und vor allem Stiftungslehrstühle bzw. -professuren. Aus Mitteln des Förderschwerpunkts richtete die Rentenversicherung an zwei Standorten Stiftungsprofessuren ein.

Andere Stiftungsprofessuren durch die Rentenversicherung stärken an weiteren Orten die Infrastruktur für die Rehabilitationswissenschaften, zum Beispiel in Bremen (Prof. Petra Hampel) und Witten/Herdecke (Prof. Jürgen Fischer). Prof. Werner Müller-Fahrnow (†) in Berlin und Prof. Wilfried



Abbildung 10: Netzwerk der Reha-Forschung

die Etablierung eines wissenschaftlichen Faches an Universitäten und Hochschulen ein wichtiger Aspekt.

Stiftungsprofessuren des Förderschwerpunkts

■ Bayern

Universität Würzburg: Prof. Hermann Faller, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie

→ inzwischen von der Universität Würzburg in eine reguläre Professur umgewandelt.

■ Sachsen-Anhalt/Thüringen

(früher mit Mecklenburg-Vorpommern)

Universität Halle: Prof. Wilfried Mau, Institut für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Fakultät

→ finanziert bis 2012 durch Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und Deutsche Rentenversicherung Bund, danach unbefristet durch das Land Sachsen-Anhalt.

Rehabilitation im Medizinstudium

Lange Zeit hat die Universitätsmedizin die medizinische Rehabilitation vernachlässigt – in der ärztlichen Approbationsordnung kam Rehabilitation zunächst gar nicht vor. Mit der wachsenden Bedeutung der Rehabilitation für die Behandlung chronischer Krankheiten wurde die Vermittlung von rehabilitationsrelevanten Kenntnissen während der medizinischen Ausbildung immer wichtiger. Zukünftige Ärztinnen und Ärzte sollen umfassend für wichtige Aspekte der Rehabilitation im Versorgungsalltag sensibilisiert werden. Hierzu wurde – was die Rentenversicherung schon lange gefordert hatte – die Rehabilitation 2003 als Pflichtbestandteil der Lehre in den Fächerkanon des Medizinstudiums aufgenommen.

Stellenwert der Rehabilitation im Medizinstudium deutlich gestiegen.

Die Rehabilitation ist Teil des so genannten 12. Querschnittsbereiches (Q12) „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (Kusak

et al. 2008). Für den Q12 der neuen Approbationsordnung wurde ein differenzierter Lernzielkatalog erstellt, an dem die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) als wissenschaftliche Fachgesellschaft maßgeblich beteiligt war. Ziel des Q12 ist eine praxisorientierte, patientennahe und fächerübergreifende Ausbildung. Dazu gehört die enge Zusammenarbeit mit klinischen Rehabilitationseinrichtungen bei der Durchführung der Lehre. Ein erstes Lehrbuch zum Q12 ist inzwischen erschienen (Morfeld et al. 2007a).

Beispiel Q12: Rehabilitation im Medizinstudium an der Universität Halle

Studierende an der medizinischen Fakultät der Universität Halle erhalten im Querschnittsfach Q12 den Überblick über rehabilitationsmedizinische Fragestellungen, die sie später im Beruf erwarten. Alle Studierenden durchlaufen rehabilitationsbezogene Pflichtveranstaltungen über drei Semester, die systematisch aufeinander aufbauen und die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln: Im 8. Studiensemester absolvieren die Studierenden Vorlesungen und Pflichtpraktika zu sozialmedizinischen Grundlagen der Rehabilitation mit maximal 20 Personen pro Praktikumsgruppe. Im 9. Semester folgen im Q12 Vorlesungen und Seminare zu Rehabilitation, physikalischer Therapie und Naturheilverfahren. Dieser Part ist stark mit Einrichtungen der Reha-Praxis vernetzt, so finden die Seminare in der Rehabilitationseinrichtung mit Kleingruppenunterricht am Patienten statt. Das 10. Semester fokussiert auf „Medizin des Alterns und des alten Menschen“, wozu auch die geriatrische Rehabilitation gehört. Die Studierenden in der Medizin zeigen erhebliches Interesse an dem neu eingeführten und für alle verpflichtenden Querschnittsbereich.

Es zeigt sich, dass zwei Drittel der Institute bzw. Kliniken, die in Deutschland den Q12 koordinieren, mit Projekten an den Reha-Forschungsverbänden im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ beteiligt waren. Die rehabilitativen Lehrangebote an diesen Universitäten profitieren von



Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V.

Im Jahr 2000 wurde die erste eigenständige rehabilitationswissenschaftliche Fachgesellschaft gegründet: die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW; www.drgw-online.de). Möglich wurde dies nur durch die im Förderschwerpunkt geschaffenen Forschungsinfrastrukturen, so Prof. Uwe Koch, Gründungspräsident der DGRW: „Die DGRW ist quasi ein Kind des Förderschwerpunkts. Die Opinion Leader der Verbünde sind die Gründer der DGRW.“

Die DGRW sieht sich der Förderung einer interdisziplinären Forschung und Lehre zur Rehabilitation verpflichtet. Sie setzt sich für die Verbreitung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die

Praxis der Rehabilitation ein. Sie gibt der Nachwuchsförderung dabei einen hohen Stellenwert.

Wie die Reha-Forschung ist die DGRW durch Inter- und Multidisziplinarität gekennzeichnet: die etwa 200 Mitglieder der DGRW kommen aus der Medizin, der Psychologie und den Sozialwissenschaften. Die Mitgliedschaft der DGRW in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zeigt einmal mehr die gewachsene Anerkennung von Rehabilitationswissenschaften in der Fachwelt. Außerdem ist die DGRW seit 2006 zentrale Ansprechpartnerin für rehabilitationsbezogene Aspekte bei der Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinien.



Prof. Uwe Koch

der engen Verbindung zur aktuellen Forschung. Dies ist als weiterer Erfolgsindikator für den Förderschwerpunkt zu werten.

Die Integration von Rehabilitation in die medizinische Ausbildung wird aktiv weiter betrieben, zum Beispiel durch die Entwicklung von spezifischen Lehrmethoden und -materialien sowie Prüfungsfragen.

Zusätzlich zum Medizinstudium selbst wurden durch die Forschungsverbünde regionale Angebote zur Fortbildung von Mediziner(inne)n und anderen Mitarbeiter(inne)n etabliert, die bereits in der Rehabilitation tätig sind: rehabilitationswissenschaftliche Ringvorlesungen und Seminare, Arbeitstagungen sowie Promotions- und Hospitationsstipendien. Auf diese Weise findet auch in der Fort- und Weiterbildung und bei der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ein Transfer von Forschungsergebnissen statt, der zur Optimierung der Versorgungspraxis beiträgt.

Forschung auf hohem methodischen Niveau

Die systematische Förderung und Strukturbildung im Zuge des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ hat das methodische Niveau, auf dem Rehabilitationsforschung inzwischen betrieben wird, erheblich gesteigert.

Das hohe forschungsmethodische Niveau lässt sich unter anderem auch an der großen Zahl von erfolgreichen Projektanträgen ablesen, die von den regionalen Forschungsverbänden im Rahmen neuer Förderinitiativen gestellt werden. Hohe methodische Standards sind Voraussetzung für die Akzeptanz von Ergebnissen in der Fachwelt, für die Publizierbarkeit in internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften und für die Förderung durch andere Institutionen. Dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) inzwischen Offenheit für Reha- und Versorgungsforschung signalisiert, kann



„Das Niveau der Publikationen der Forschungsgruppen ist jedes Jahr besser geworden“.

Prof. Uwe Koch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften



16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2007 in Berlin

ebenfalls als deutliches Zeichen für die gewachsene Akzeptanz der Reha-Forschung gelten, so Uwe Koch: „Hier geschieht ein Paradigmenwechsel – bisher konnten Rehabilitationsforscher nur selten DFG-Gelder einwerben.“

Erfolgsmodell Kooperation in der Forschungsförderung

Im Rahmen des Förderschwerpunkts kooperierten erstmalig in der Gesundheitsforschung das Bundesforschungsministerium (BMBF) und ein großer Leistungsträger der Sozialversicherung, die Rentenversicherung. Diese gemeinsame Forschungsförderung von BMBF und Sozialversicherung hat sich bewährt.

Seit 2007 setzen das BMBF und die Sozialversicherung die bewährte Kooperation in der Forschungsförderung mit dem Förderschwerpunkt „Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung“ fort. Dieses neue Forschungsprogramm finanzieren BMBF, Renten- und nun auch die Krankenver-

Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Ein wichtiger Kristallisationspunkt der Rehabilitationswissenschaften ist das jährlich stattfindende Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium. Es dient der Verbreitung der Forschungsergebnisse und bietet ein Forum für den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis.

An der Tagung nehmen inzwischen etwa 1.000 Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Damit ist das Kolloquium der größte rehabilitationswissenschaftliche Kongress in Deutschland. Es wird vom Bereich Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund in Zusammenarbeit mit Rentenversicherungsträgern vor Ort und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) ausgerichtet.

Ein erheblicher Teil der Beiträge auf dem Kolloquium und viele der Teilnehmenden kommen aus den regionalen Forschungsverbänden und den mit ihnen kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen.

sicherungen gemeinsam: „Diese Kombination ist ein großer Fortschritt“, so Dr. Gabriele Hausdorf, Leiterin des Referats Gesundheitsforschung im BMBF. Mittlerweile seien die gemeinsamen Interessen in der Patientenversorgung handlungsleitend und erste Berührungspunkte zwischen den Institutionen überwunden. Erstmals werden gezielt Projekte gefördert, die auch sektorenübergreifende Fragen berücksichtigen, also über mehrere Versorgungsbereiche hinaus reichen.



Sechs Jahre lang werden Forschungsprojekte zum Versorgungsalltag der Patient(inn)en mit einem Volumen von rund 21 Millionen Euro gefördert. Im Mittelpunkt stehen Themen wie zielgruppengerechte Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen, gezielte Patienteninformation und eine auf die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ausgerichtete Gestaltung der Versorgung. Einen breiten Raum nimmt die Nutzung von Internet und anderen elektronischen Kommunikationsmedien für die Patientenversorgung ein.



„Die Kooperation hat den Transfer von der Forschung in die Praxis beschleunigt. Sie hat bei uns das Verständnis für die Leistungsträger im Gesundheitswesen verstärkt. Wir sind dadurch näher an der Praxis. Forschungsministerium und Rentenversicherung haben es gemeinsam geschafft, eine wissenschaftliche Grundlage zu legen, auf der man weiter aufbauen kann.“

Dr. Gabriele Hausdorf, Leiterin des Referats Gesundheitsforschung, Bundesministerium für Bildung und Forschung

Perspektiven

Das BMBF räumt der Rehabilitationsforschung und der Versorgungsforschung mittlerweile einen hohen Stellenwert ein und ein Ausbau der Förderung versorgungsnaher Forschung ist in Planung. Diese nachhaltigen Förderstrukturen wurden unter anderem durch die Erfolge des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ angestoßen.

Der Förderschwerpunkt hat über den strukturellen, methodischen und praxisbezogenen Gewinn hinaus die Wertschätzung der Rehabilitation insgesamt erheblich gesteigert. Das zeigt sich zum Beispiel in den Ausführungen zur Rehabilitation in den Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Für diese gesundheitspolitischen Expertinnen und Experten gehört eine verstärkte Rehabilitation – wie auch die Prävention – zu den entscheidenden Effizienzreserven unseres Gesundheitssystems. Den Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ sieht der Sachverständigenrat dabei „als einen wichtigen Schritt, der die notwendige Verwissenschaftlichung und Evaluationsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation vorantreibt“ (SVR 2002, S. 271). So trägt Rehabilitationsforschung dazu bei, den Stellenwert der Rehabilitation als eine der Säulen des Gesundheitssystems – neben Prävention, Kuration und Pflege – zu stärken.

Förderinstitutionen

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Referat 612 Gesundheitsforschung
PD Dr. Birgit Wetterauer
Hannoversche Straße 28–30
10115 Berlin
E-Mail: birgit.wetterauer@bmbf.bund.de


Deutsche Rentenversicherung Bund

Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Bereich 0420 Reha-Wissenschaften
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
10704 Berlin
E-Mail: rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung.de

Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR)

Gesundheitsforschung
Heinrich-Konen-Straße 1
53227 Bonn
E-Mail: gesundheitsforschung@dlr.de
www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Forschungsverbände: Weiterführung und Adressen

Verbund im Förderschwerpunkt	Weiterführung	Förderverein
Rehabilitations-wissenschaftlicher-Forschungsverbund Bayern (RFB)	Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e. V. (NRFB) Sprecher: Prof. Dr. Dr. Hermann Faller Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg Marcusstraße 9-11 97070 Würzburg E-Mail: h.faller@mail.uni-wuerzburg.de Geschäftsstelle: E-Mail: nrfb@mail.uni-wuerzburg.de www.uni-wuerzburg.de/rehabilitation	„Netzwerk Reha-bilitationsforschung in Bayern e. V.“ (NRFB) 

Verbund im**Förderschwerpunkt****Weiterführung****Förderverein**

Forschungsverbund
Rehabilitations-
wissenschaften
Sachsen-Anhalt/
Mecklenburg-
Vorpommern

**Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund
Sachsen-Anhalt und Thüringen (SAT)**

Sprecher: Prof. Dr. Wilfried Mau
Wissenschaftliche Geschäftsstelle
c/o Institut für Rehabilitationsmedizin
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
E-Mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de

Gesellschaft für
Rehabilitations-
wissenschaften
(GfR; gemeinsam mit
Berlin-Brandenburg-
Sachsen)

Geschäftsstelle:

E-Mail: reha-verbund.geschaeftsstelle@medizin.uni-halle.de
www1.medicin.uni-halle.de/reha-verbund

Reha-Forschungsver-
bund Berlin-Branden-
burg-Sachsen (BBS)

**Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund
Berlin, Brandenburg und Sachsen (BBS)**

Sprecher: Prof. Dr. Michael Linden
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
E-Mail: michael.linden@charite.de

Gesellschaft für
Rehabilitations-
wissenschaften e. V.
(GfR, gemeinsam
mit Sachsen-Anhalt/
Thüringen)

Sprecher: Prof. Dr. Hans-Helmut König

Universität Leipzig
Stiftungsprofessur für Gesundheitsökonomie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Liebigstraße 26
04103 Leipzig
E-Mail: hans-helmut.koenig@medizin.uni-leipzig.de

Geschäftsstelle:

E-Mail: bbs.zentrale@charite.de
www.bbs.charite.de



Verbund im

Förderschwerpunkt

Weiterführung

Förderverein

Nordrhein-Westfälischer
Forschungsverbund
Rehabilitationswissen-
schaften

Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften

Sprecher: Prof. Dr. Bernhard Greitemann
Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland
Auf der Stöwwe 11
49214 Bad Rothenfelde
E-Mail: greitemann@klinik-muensterland.de

Geschäftsstelle:

E-Mail: info@rehaforschung-nrw.de
www.rehaforschung-nrw.de/
forschungsverbund_start/index.php



Gesellschaft für
Rehabilitationswissen-
schaften NRW (GfR)

Norddeutscher Verbund
für Rehabilitations-
forschung (NVRF)

Norddeutscher Verbund Reha- bilitationsforschung e. V. (NVRF)

Sprecher: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe
Institut für Sozialmedizin des Universitätskli-
nikums Schleswig-Holstein
(Campus Lübeck)
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
E-Mail: heiner.raspe@uk-sh.de

Geschäftsstelle:

E-Mail: susanne.richter@uk-sh.de
www.nvrf.de

Verein zur Förderung
der Rehabilitations-
forschung in Schleswig-
Holstein, Hamburg und
Mecklenburg-Vorpom-
mern e. V. (vffr)

NVRF
NORDDEUTSCHER VERBUND FÜR
REHABILITATIONSFORSCHUNG E.V.

Rehabilitationswissen-
schaftlicher Forschungs-
verbund Niedersachsen-
Bremen (RFNB)

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Niedersachsen/ Bremen (RFNB)

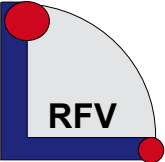

Sprecher: Prof. Dr. Franz Petermann
Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
E-Mail: fpeter@uni-bremen.de

Geschäftsstelle:

E-Mail: udevries@uni-bremen.de
www.zrf.uni-bremen.de/zkpr/rfnb/rfnb_index.html

Verein zur Förderung
der Rehabilitation in
Niedersachsen und
Bremen e. V. (vfrnb)

RFNB

Verbund im Förderschwerpunkt	Weiterführung	Förderverein
<p>Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen (RFV)</p>	<p>Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen (RFV) Sprecher: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie Institut für Psychologie Universität Freiburg Engelberger Straße 41 79085 Freiburg E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de</p> <p>Sprecher: Prof. Dr. Wilfried H. Jäckel Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin Universitätsklinikum Freiburg Breisacherstraße 62/Haus 4 79106 Freiburg E-Mail: wilfried.jaeckel@uniklinik-freiburg.de</p> <p>Geschäftsstelle: E-Mail: fr-geschaefsstelle@fr.reha-verbund.de www.fr.reha-verbund.de</p>	
<p>Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm</p>	<p>Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm Sprecher: Prof. Dr. Eckart Jacobi Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm Sitz: Moorsanatorium Bad Wurzach Karl-Wilhelm-Heck-Straße 12 88410 Bad Wurzach E-Mail: eckart.jacobi@uni-ulm.de</p> <p>Geschäftsstelle: E-Mail: sekretariat@reha.medizin.uni-ulm.de www.uni-ulm.de/institute/reha-forschung</p>	<p>Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm</p> 

Literatur

Angermeyer A, Bischof J, Jungbauer J, Liebelt P, Mory C, Trosbach J, Wilms H-U (2002) Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien. Abschlussbericht März 2002. Universität Leipzig

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1998) Morbus Bechterew und andere Spondylarthropathien – Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. Patient`s care, Oppenheim

Barth J, Baumeister H, Bengel J, Härter M, Jahed J, Vogel B, Bitz I, Egloff F, Pielmaier L, Rippl R (2008) Implementierung einer Strategie zum Screening und zur Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht Phase I März 2008. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bönisch A, Ehlebracht-König I (2008a) Evaluation der modellhaften Einführung von Patientenschulungsprogrammen für die rheumatologische Rehabilitation. Abschlussbericht April 2008. Reha-Zentrum Bad Eilsen

Bönisch A, Ehlebracht-König I (2008b) Ein praxisorientierter Leitfaden zur Implementierung von Patientenschulungsprogrammen in rheumatologischen Rehabilitationskliniken. www.zentrum-patientenschulung.de/artikel/index.html. Zugriffsdatum: 24.10.2008

Brandes I, Bönisch A, de Vries U, Ehlebracht-König I, Petermann F, Krauth C (2008) Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Vergleich der Ergebnisse der Pneumologie und Rheumatologie unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 18:344-348

Brüggemann S, Klosterhuis H (2005) Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. *RVaktuell*, 52 (10-11):467-475

Bürger W, Deck R, Raspe H, Koch U (2007) SIBAR Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation – Entwick-

lung und Implementierung eines generischen Screening-Instrumentes zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfes an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Abschlussbericht Dezember 2007. ftb, Karlsruhe; Universitätsklinikum Lübeck.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2007) Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de → Angebote für bestimmte Zielgruppen → Rehaeinrichtungen → Nachsorgeprogramm – Weitere Informationen. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Buschmann-Steinhage R, Zwingmann C (2003) Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Ergebnisse und Umsetzung. *Deutsche Rentenversicherung* 6-7/2003:405-423

de Vries U, Brandes I, Krauth C, Petermann F (2008) Patientenschulungsprogramme in der pneumologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Implementationsstudie. *Gesundheitswesen* 70:572-581

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007a) Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2006. Bd. 164

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007b) Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugang 2006. Bd. 163

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007c) Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Versicherte 2005/2006. Bd.165

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007d) Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien für die medizinische Rehabilitation. www.deutsche-rentenversicherung.de → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Sozialmedizin → Info für Reha-Einrichtungen. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007e) Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. www.deutsche-rentenversicherung.de → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Sozialmedizin → Info für Reha-Einrichtungen. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007f) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. www.deutsche-rentenversicherung.de → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Konzepte und Systemfragen → Konzepte → Nachsorge. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007g) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. www.deutsche-rentenversicherung.de → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Konzepte und Systemfragen → Konzepte → Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2008) Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2007. Bd. 169.

Egner U, Gerwin H, Buschmann-Steinhage R (2006) Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 45:221-231

Ehlebracht-König I, Bönisch A (2004) Stationäre Nachsorge bei rheumatischen Erkrankungen – Konzept, Erprobung und Akzeptanz. *Die Rehabilitation* 43:358-367

Ehlebracht-König I, Bönisch A (2007) Beispiel einer qualitätsgesicherten Schulung bei Patienten mit Spondylitis ankylosans. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 75:33-39

Faller H, Reusch A, Vogel H, Ehlebracht-König I, Petermann F (2005) Patientenschulung. *Die Rehabilitation* 44:21-31

Faller H, Reusch A, Ströbl V, Vogel H, Küffner R (2007) Zentrum Patientenschulung - Folgeprojekt des Umsetzungsprojektes. Unveröffentlichter Zwischenbericht April 2007. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Faller H, Reusch A, Ströbl V, Vogel H (2008) Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 47:77-83

Gerdes N, Bühlren B, Lichtenberg S, Jäckel WH (2005) Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung. S. Roderer Verlag, Regensburg

Gerlich C, Neuderth S, Vogel H (2008) Systematische Sammlung und wissenschaftliche Bewertung von Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht April 2008. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Grande G, Leppin A, Romppel M, Altenhöner T, Mannebach H (2002) Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? *Die Rehabilitation* 41:320-328.

Grande G (2008) Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. *Bundesgesundheitsblatt* 51:36-45.

Härtel U, Gehring J, Klein G, Schraudolph M, Volger E, Klein G (2005) Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rehabilitation nach erstem Myokardinfarkt – Ergebnisse der Höhenrieder Studie. *Herzmedizin* 22:140-150

Härtel U (2008) Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation. In: Hochleitner M (Hrsg.) *Gender Medicine*. Facultas Verlag, Wien, S. 165-182

Härter M, Baumeister H, Bengel J (2007) Psychische Störungen bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung aus der medizinischen Rehabilitation. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg.) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Berlin, S. 55-69

Härter M, Bengel J (2001) Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation – erste Förderphase. Abschlussbericht November 2001. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Härter M, Bengel J (2005) Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation – zweite Förderphase. Abschlussbericht September 2005. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Heitzmann B, Helfert S, Schaarschmidt U (2008) Fit für den Beruf. AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation. H. Huber, Bern

- Herdt J, Kulick B (2007) Wissenstransfer im Gesundheitswesen. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg.), Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Berlin, S. 147–159.
- Hillert A, Koch S, Hedlund S (2007a) Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppenprogramm zur Bewältigung beruflicher Belastungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hillert A, Koch S, Beutel ME, Holme M, Knickenberg RJ, Middeldorf S, Wendt T, Milse M, Scharl W, Zwerenz R, Schröder K (2007b) Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation: Bericht einer multizentrischen Evaluationsstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 77:147-154
- Hillert A, Koch S, Luckmann J, Zwerenz R, Beutel ME (2008) Entwicklung und Evaluation eines Indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation mit niederschwelligem Zugang. Abschlussbericht April 2008. Klinik Roseneck, Prien
- Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg.) (2009) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Hüppe A, Raspe H (2005) Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Die Rehabilitation 44:24-33
- Kittel J, Karoff M (2008) Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Studie. Die Rehabilitation 47:14-22
- Klosterhuis H, Zwingmann C, Gerwin H (2005) Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Rehabilitationspraxis und Effekte auf den Aufbau und die Stabilisierung der rehabilitationswissenschaftlichen Infrastruktur aus Sicht der Rentenversicherung. Die Rehabilitation 44:316-322
- Kusak G, Gülich M, Lay W, Morfeld M, Schwarzkopf SR, Mau W (2008) Entwicklung der Lehre im Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ an den medizinischen Fakultäten 2004-2006/07. Die Rehabilitation 47:2-7
- Löffler S, Wolf HD, Gerlich C, Vogel H (2008) Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Abschlussbericht Februar 2008. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- Mittag O (2003) Ergebnisse zur Versorgungsqualität in der kardiologischen Rehabilitation bei Frauen und Männern: Sind Frauen benachteiligt? Die Rehabilitation 42:204-210
- Mittag O, China C, Hoberg E, Juers E, Kolenda KD, Richardt G, Maurischat C, Raspe H (2006) Outcomes cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up Trial): Overall and gender specific effects. International Journal of Rehabilitation Research 29(4):295-302
- Mittag O, Grande G (2008) Patientenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. Die Rehabilitation 47:98-108
- Mittag O, Raspe H (2008) Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines Selbstaussfüllbogens für die Feststellung von Rehabilitationsbedarf. Umsetzungsprojekt B1. Abschlussbericht September 2008. Universitätsklinikum Lübeck
- Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch M (Hrsg.) (2007a) Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München
- Morfeld M, Möller JU, Hintze R, Fox M, Höder J, Arlt AC, Wessinghage T, Koch U (2007b) Train-the-Trainer-Seminare für das verhaltenstherapeutische Interventionsprogramm Back-to-Balance für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der orthopädischen Rehabilitation: Konzept und Ziele. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 76:85-90
- Petermann F (2008) Evaluation der modellhaften Einführung von Patientenschulungsprogrammen für die rheumatolo-

gische und pneumologische Rehabilitation, Projektbereich pneumologische Rehabilitation. Abschlussbericht März 2008. Universität Bremen

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002) Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, III.1 Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nomos, Baden-Baden

Schaarschmidt U, Fischer A (1996/2003) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung. Swets & Zeitlinger, Frankfurt

Schaarschmidt U, Heitzmann B (2007) Fit für den Beruf: Entwicklung und Evaluation eines Patientenschulungsprogramms zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens und Erlebens gegenüber den beruflichen Anforderungen. Abschlussbericht August 2007. Universität Potsdam

Speyerer Empfehlungen (2004) Empfehlungen für die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch belasteter PatientInnen in der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Indikationen. www.psychologie.uni-freiburg.de/abteilungen/Rehabilitationspsychologie/forschung/speyrer_umsetzungsempfehlungen. Zugriffsdatum: 29.10.2008

Ströbl V, Friedl-Huber A, Küffner R, Reusch A, Vogel H, Faller H (2007a) Vorbereitung eines Zentrums Patientenschulung. Abschlussbericht August 2007. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität. <http://www.zentrum-patientenschulung.de/artikel>. Zugriffsdatum: 24.10.2008

Ströbl V, Friedl-Huber A, Küffner R, Reusch A, Vogel H, Faller H (2007b) Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 75:11-14

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VDAK) e.V. (2003) Heiter bis Wolkig: Ernstes und weniger Ernstes zur Gesundheitspolitik. Die Ersatzkasse 1/2003:39

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (1999) Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. DRV-Schriften, Band 16. www.deutsche-rentenversicherung.de → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Reha-Wissenschaften → Förderschwerpunkte → Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. Zugriffsdatum: 8.10.2008

Wilz G, Barskova T (2007) Evaluation of a cognitive behavioural group intervention program für spouses of stroke patients. Behaviour Research and Therapy 45:2508-2517

Wilz G, Böhm B (2006) Interventionskonzepte für Angehörige von Schlaganfallpatienten: Bedarf und Effektivität. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 56:1-19

Wilz G, Jungbauer J (2008) Nebeneffekte eines therapeutischen Gruppenprogramms für Ehepartner von Schlaganfallpatienten: Profitieren auch die Patienten? Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 76:1-6



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsche
Rentenversicherung