

Abschluss	Einrichtung	ProjektleiterIn	Kurztitel des Projekts	Abstract
Dezember 2012	HAW Hamburg	Prof. U. Gaidys	Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Majoramputation	<p>Die vorliegende Studie untersuchte den rehabilitativen Versorgungsprozess von Menschen mit Majoramputation d.h. Amputation an den unteren Extremitäten, vom Sprunggelenk aufwärts. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein mehrdimensionales Rehabilitationskonzept „KoReMa“ für diese Patientengruppe entwickelt.</p> <p>Die Studie verfolgte zwei unterschiedliche methodische Ansätze. I. Postalischer Survey mit 515 Majoramputierten, die Inhalte des Fragebogens wurden aus einer vorangestellten qualitativen Studie abgeleitet. Darüber hinaus Einschränkungen der Teilhabe (IMET, Deck 2008) und depressive Verstimmungen (CES-D, Kohlmann & Gerbeshagen 2006) erfasst. II. Es wurde ein systematischer Review durchgeführt, der evidenzbasierte rehabilitative Maßnahmen für die aufgedeckten Bedarfe der Betroffenen aufzeigen sollte.</p> <p>Die Studie zeigt, dass als relevantes Outcome des Rehabilitationsprozesses die Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung des alltäglichen Lebens gelten muss. Die Versorgung mit einer Prothese kann Voraussetzung für diese Fähigkeiten sein, ist aber nicht hinreichend. Die Wiederherstellung der Gehfähigkeit unter Bedingungen, die dem Lebensalltag gerecht werden, erweist sich als essentieller Bestandteil der Rehabilitation. Dies bedeutet, dass Übungen zum Gehen kontinuierlich, insbesondere in der Häuslichkeit d.h. unter Alltagsbedingungen, erfolgen sollten. Weiterhin wird deutlich, dass Menschen mit einem Diabetes und/oder Durchblutungsstörungen verstärkt Anleitung und Beratung über alltägliche Selbstpflegefähigkeiten benötigen, die geeignet sind, eine Amputation zu verhindern. Zur Selbstpflege bedarf es Kompetenzen, die von Cavanagh (1997) operationalisiert worden sind. Ebenso zeigt sich, dass dieser Personenkreis im Versorgungsprozess vor der Amputation deutliche Informationen und Beratung hinsichtlich Risikofaktoren einer Amputation und Beratung zur Vermeidung einer Amputation benötigen.</p> <p>Ein weiteres angestrebtes Ziel der Studie ist die evidenzbasierte Überarbeitung des Rehabilitationskonzeptes KoReMa. Die wesentlichen Bestandteile des KoReMa konnten durch die systematischen Reviews und den Survey bestätigt werden. Über ein Nachfolgeprojekt soll ein Transfer der Ergebnisse in eine modellhafte Versorgung realisiert und evaluiert werden. Das geplante Projekt zielt auf die Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Förderung ihrer Selbstpflegekompetenzen.</p>

November 2012	UKE Hamburg	Dr. Anna Levke Brütt, Prof. Dr. Holger Schulz	Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation	<p>Das Interesse an einer möglichst genauen Vorhersage des Behandlungsverlaufs in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation ist groß (Melchior, 2011). Kenntnisse über die Prädiktoren, besonders für Behandlungsmisserfolg, bieten die Möglichkeit, die Rehabilitation an bisher nicht adäquat adressierte Risikofaktoren anzupassen. Im Rahmen des Projekts wurden vorliegende Forschungsergebnisse durch explorative Ansätze ergänzt, um eine Risikocheckliste für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten mit psychischen Störungen zu entwickeln.</p> <p>Im ersten Schritt wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Parallel wurden in einem zweiten Schritt auf Basis bereits vorliegender Daten (prä-post-6-Monatskatamnese) Verlaufsmuster hinsichtlich der Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Partizipation analysiert. Im anschließenden dritten Schritt wurden 22 Patienten sowie 5 Therapeuten interviewt und nach Ressourcen und Barrieren nach der stationären Rehabilitation befragt. Die Ergebnisse dieser Schritte wurden mit neun Experten aus psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachkliniken, der deutschen Rentenversicherung Nord und Bund sowie einem Patientenvertreter im Rahmen eines Expertenworkshops diskutiert. In einer Praktikabilitätsprüfung wurde die Risikocheckliste von 217 Patienten in psychosomatischer / psychotherapeutischer Behandlung ausgefüllt. Es entstand die Risiko- und Ressourcenliste (Re-Res-56), die 56 Fragen zum sozialen Umfeld, zum Umgang mit der psychischen Erkrankung, zur Arbeitssituation, zu Erwartungen an die Behandlung sowie zu allgemeinen Angaben enthält.</p> <p>Eine frühzeitige Identifizierung von Patienten mit Risikokonstellationen und chronifizierender Symptomatik sowie fortlaufenden Problemen in den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe ist relevant für eine Optimierung der Rehabilitation. Für diese Patienten könnte es sinnvoll sein, eine dem Bedarf angemessene Ausdifferenzierung des Leistungsangebots zu entwickeln, welche speziell die Risiken und Ressourcen berücksichtigt. Neue bedarfsgerechte und – wenn möglich - unter Beteiligung von Patienten und medizinischen Experten entwickelte Schulungsmodule könnten eine praktikable Möglichkeit sein, die Nachhaltigkeit der Behandlungserfolge für Patienten mit besonderen Risikokonstellationen zu verbessern.</p>
------------------	----------------	--	--	--

<p>November 2012</p>	<p>Institut für Community Medicine Universität Greifswald</p>	<p>Dipl.-Psych. I. Buchholz Prof. Kohlmann</p>	<p>Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg</p>	<p>Patienten kommen häufig unvorbereitet in die Reha: sie machen sich im Vorfeld ihrer Maßnahme wenig Gedanken darüber, was sie erreichen wollen. Vor dem Hintergrund, dass in der Reha-Einrichtung viele neue Eindrücke auf den Rehabilitanden zukommen und fehlende konkrete Erwartungen an die eigene Rehabilitation die ohnehin knapp bemessene Zeit des Aufnahmegesprächs schmälern, scheint eine Vorbereitung auf die Rehabilitation sinnvoll. In dem Projekt sollte insbesondere untersucht werden, wie Patienten, Ärzte und Therapeuten den Nutzen und die Praktikabilität dieses Instruments einschätzen und wie erfolgreich der Versand eines Fragebogenversands im Vorfeld der Reha ist.</p> <p>Es wurde ein Fragebogen erstellt, der allgemeine Informationen sowie Beispiele zu Reha-Zielen gibt und Freitextfelder für die Benennung eigener Reha-Ziele beinhaltet. Die Erstellung des Fragebogens orientierte sich wesentlich an den Inhalten einer Broschüre der DRV Bund, welche sprachlich vereinfacht, gekürzt und adressatengerechter aufbereitet wurden. Der Fragebogen wurde mit dem Bewilligungsbescheid an die Versicherten versandt. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten lediglich Informationen zu Reha-Zielen. Nur Patienten der Interventionsgruppe wurden gebeten, eigene Ziele zu formulieren. Alle Patienten beantworteten außerdem den SF-12 und wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen in das Aufnahmegespräch mitzubringen. Bei Reha-Ende wurden die Zufriedenheit mit der Partizipation an Zielvereinbarungen, der Gesundheitszustand und der wahrgenommene Nutzen der Informationen zu Reha-Zielen erfasst. Die behandelnden Ärzte/Therapeuten beantworteten standardisierte Items zu verschiedenen Aspekten des Nutzens und der Praktikabilität des Fragebogens.</p> <p>34% der angeschriebenen Rehabilitanden brachten den Fragebogen ausgefüllt in das Aufnahmegespräch mit. Für die meisten Rehabilitanden waren Zielfestlegungen wichtig; die erhaltenen Informationen zu Reha-Zielen nahmen 31,4% als sehr und 62,9% als teilweise hilfreich wahr. Aus Sicht der Behandler ist der Fragebogen geeignet, um Rehabilitanden auf Reha-Ziele einzustimmen: die Rehabilitanden hätten sich Gedanken zu ihren Zielen gemacht (56,6% Zustimmung) und seien besser mit der Thematik vertraut (50% Zustimmung).</p> <p>Grundsätzlich waren die befragten Ärzte der untersuchten Intervention gegenüber positiv eingestellt. Sie bewerteten den Zielefragebogen im Hinblick auf dessen Handhabung und Integration in das Aufnahmegespräch, dessen Format und Layout sowie rehabilitanden- und behandlerseitigen Nutzen besser als die befragten Psychologen. Weniger optimistisch waren sie, bezüglich der Fähigkeit der Rehabilitanden, eigene Ziele zu benennen.</p>
----------------------	---	--	---	--

				<p>Auf Seiten der Patienten zeigte sich, dass ein offener Erhebungsansatz zur Erfassung patientenseitiger Zielvorstellungen geeignet ist. Von den Patienten der Interventionsgruppe machten 91% Angaben zu ihren persönlichen Reha-Zielen. Im Mittel wurden $6,9 \pm 3,6$ Ziele formuliert, die sich als Gesprächsgrundlage für das Aufnahmegespräch eignen und dem Arzt wichtige Anhaltspunkte über die subjektive Erlebenswelt des Patienten (Probleme, Bedürfnisse, Vorstellungen, Motivation) geben können.</p>
--	--	--	--	--

<p>September 2012</p>	<p>UKE Hamburg</p>	<p>Dr. Sven Rabung Dr. Schulz Prof. Koch</p>	<p>Differentielle Wirksamkeit von ambulanter/teilstationärer im Vergleich zu stationärer Rehabilitation bei psychischen / psychosomatischen Erkrankungen</p>	<p>Im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Studie sollte die differentielle kurz- und längerfristige Wirksamkeit der ambulant/teilstationären Rehabilitation für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Vergleich zur stationären Rehabilitation untersucht werden. Das Forschungsvorhaben sollte Fragen nach der Effektivität und Effizienz sowie der impliziten und expliziten Indikation der ambulanten Rehabilitation beantworten und damit einen wichtigen Beitrag zur empirischen Grundlage für zukünftige Entscheidungen bezüglich des Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote für Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen liefern.</p> <p>Untersucht wurde eine konsekutive Stichprobe von N=218 Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen, die im RehaCentrum Hamburg ambulant/teilstationär behandelt wurden. Als stationäre Vergleichsgruppe diente eine ebenfalls konsekutiv erhobene Stichprobe von N=3.840 Patienten aus 21 verschiedenen Fachkliniken. Als Hauptzielgröße wurde die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit definiert und über den Gesamtscore des HEALTH-49 operationalisiert.</p> <p>Als weitere Zielgrößen wurden die Veränderung verschiedener Gesundheitsaspekte, sozialmedizinisch relevante Veränderungen, die Erreichung von spezifischen Therapiezielen sowie die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung und ihrem Ergebnis berücksichtigt. Um sowohl kurz- als auch mittelfristige Rehabilitationseffekte bestimmen zu können, erfolgte die Datenerhebung zu drei Erhebungszeitpunkten, zu Reha-Beginn (T1), bei Reha-Ende (T2) sowie zu einem Katamnesezeitpunkt 6 Monate nach Reha-Ende (T3). Die entsprechenden Erhebungsinstrumente (Fragebögen) wurden zu T1 und T2 jeweils von Patienten und Behandlern sowie zu T3 nur von den Patienten beantwortet. Aus dem ambulanten Setting liegen vollständige Patientenangaben zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt für N = 131 Patienten sowie zu allen drei Befragungszeitpunkten für N = 85 Patienten vor. Entsprechende Daten aus dem stationären Setting liegen für N=2.784 (Aufnahme-Entlassung) bzw. N=1.787 (Katamnese) vor. Aus der stationären Katamnese-Stichprobe wurde eine gematchte Zufallsstichprobe von N=85 Patienten gezogen, die mit der ambulanten Katamnese-Stichprobe hinsichtlich zentraler soziodemografischer, sozialmedizinischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Ausgangsbelastung und Behandlungsmerkmale vergleichbar war.</p> <p>Die Behandlungsergebnisse sprechen für die Effektivität der ambulant / teilstationären psychosomatischen Rehabilitation. Gemessen am zentralen mittelfristigen Outcome kann die ambulante Rehabilitation zudem als effizient bezeichnet werden, da sie nicht nur mit gleichem zeitlichen Aufwand zu gleichen Behandlungsergebnissen führt, sondern aufgrund der nicht beanspruchten Hotelleistungen ein</p>
-----------------------	------------------------	--	--	--

				deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist als eine stationäre Rehabilitation. Durch den voraussichtlich in den nächsten Jahren weiterhin zunehmenden Bedarf an rehabilitativen Angeboten für psychisch/psychosomatisch Kranke könnten ambulant/teilstationäre Behandlungsangebote eine wichtige Ergänzung zur stationären psychosomatischen Rehabilitation darstellen.
--	--	--	--	--

<p>August 2012</p>	<p>UKSH, Lübeck</p>	<p>Dr. Herlyn Prof. Gross</p>	<p>Durchführung und Evaluation eines interdisziplinären standardisierten –Schulungsprogramms bei Patienten mit primär systemischer Vaskulitis</p>	<p>Standardisierte Patientenschulungsprogramme sind als additive Therapie bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen effektiv. Für das standardisierte Vaskulitis-Schulungsprogramm konnte in einer vorangegangenen Studie gezeigt werden, dass Patienten ihr Wissen hinsichtlich medizinischer Aspekte signifikant steigerten. Darüber hinaus wurde eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQL, SF36) beobachtet. Ziel der vorliegenden Studie war der Vergleich geschulter und ungeschulter Patienten hinsichtlich Rezidiv-Erkennung und Health-Related Quality of Life (HRQL). In der Studie sollte untersucht werden, wie die Teilnahme an einem standardisierten Patientenschulungsprogramm bei Patienten mit primär systemischer Vaskulitis die Früherkennung von Rezidiven, die Vermeidung therapiebedingter Nebenwirkungen und die subjektive Krankheitsbewältigung beeinflusst und ob sich daraus der Bedarf für ambulante und stationäre Patientenschulungen von Vaskulitispatienten einschätzen lässt.</p> <p>Geschulte (Klinikum Bad Bramstedt) und ungeschulte Patienten (Vaskulitis-Register Schleswig-Holstein) mit primär systemischer Vaskulitis wurden im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie verglichen. Die Evaluation erfolgte durch eine schriftliche Befragung zu vier Messzeitpunkten, erfasst wurden Vaskulitis-relevantes Wissen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, Leistungsvermögen und sozioökonomischen Faktoren. Ferner wurde in 6-monatigen Intervallen das Auftreten von Rezidiven erfasst. Zum letzten Messzeitpunkt standen die Daten von 45 geschulten und 38 ungeschulten Patienten zur Verfügung. Geschulte Patienten waren im Mittel 57 Jahre, ungeschulte 64 Jahre alt. Geschulte Patienten steigerten ihr Wissen in handlungsrelevanten medizinischen Aspekten statistisch signifikant. Geschulte Patienten wurden häufiger und schneller zur Therapieintensivierung stationär aufgenommen und erhielten signifikant häufiger eine Rehabilitations-Maßnahme. In der Interventionsgruppe ist eine leicht bessere Lebensqualität zu verzeichnen. Die Rezidiv-Häufigkeit unterschied sich nicht signifikant in den Gruppen.</p> <p>Patienten, die am standardisierten Vaskulitis-Schulungsprogramm teilnahmen, konnten ihre Erkrankung und Krankheitsaktivität besser einschätzen, so dass sie bei Auftreten eines Rezidivs oder bei therapiebedingten Nebenwirkungen früher Kontakt zum Hausarzt oder einer rheumatologischen Fachabteilung aufnahmen als Patienten der Kontrollgruppe, so dass eine Therapie des Rezidivs rascher eingeleitet wurde. Weitere Studien sollten hinsichtlich der Vaskulitiserentitäten, Geschlecht und Alter eine homogene Verteilung in IG und KG anstreben.</p>
------------------------	-------------------------	-----------------------------------	---	---

<p>Juni 2012</p>	<p>UKSH, Lübeck</p>	<p>Dr. Theissing Prof. Raspe</p>	<p>Liveonline- Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme</p>	<p>Abdominelle Adipositas ist eng mit der Entstehung von Typ-2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert. Während der stationären Rehabilitation werden daher für diese Patientengruppe Interventionen zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens sowie zur Steigerung der körperlichen Aktivität eingesetzt. Nachhaltige Veränderungen sind jedoch nur durch längerfristig konzipierte interdisziplinäre Programme erreichbar. In der vorliegenden Studie sollten mit einem interdisziplinären multimodal aufgebauten Nachsorgeprogramm Patienten nach ihrem stationären Rehabilitationsaufenthalt per Internet betreut werden. In einer randomisiert-kontrollierten Längsschnittstudie wurden adipöse Patienten der Curschmann Klinik, der Klinik Hellbachtal und der Reha-Klinik Damp mit einem sechs Sitzungen und vier bis fünf Monate umfassenden audio-synchronen (Liveonline) Nachsorgeprogramm betreut. Es handelt sich hierbei um eine quantitative Längsschnitterhebung, wobei die erforderlichen Zielgrößen zu den folgenden vier Erhebungszeitpunkten mit standardisierten schriftlichen Patientenbefragungen erfasst wurden.</p> <p>Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 53 (SD=8) Jahre. Der Frauenanteil in der Interventionsgruppe war statistisch signifikant höher im Vergleich zur Kontrollgruppe (51-53% vs. 30-32%). In beiden Untersuchungsgruppen konnten sowohl sechs als auch 12 Monate nach der Intervention in allen primären und sekundären Zielvariablen signifikante Verbesserungen erzielt werden. Die Verbesserungen innerhalb der Interventionsgruppe waren jedoch nur partiell der Kontrollgruppe überlegen, speziell im Bereich des Ernährungsverhaltens. Statistisch signifikant war diese Überlegenheit im Bereich des extern bestimmten Ernährungsverhaltens 12 Monate nach Reha-Ende. Eine statistisch abgesicherte Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der primären Zielgrößen Bauchumfang und Body Mass Index konnte weder in der 6- noch der 12-Monats-Katamnese nachgewiesen werden. Die Teilnehmer beurteilten die Liveonline-Nachbetreuung überwiegend positiv. 46% waren sehr zufrieden mit den Inhalten, 64% waren sehr zufrieden mit der Leitung (Coach). Liveonline als Nachsorgemethode wurden ebenfalls positiv gewertet (53% wählten die Note „sehr gut“, 42% „gut“). Die Weiterempfehlungsquote lag bei 92%.</p> <p>In der Studie konnten allerdings nur 40% der anvisierten Stichprobengröße erreicht werden. Dies hatte überwiegend strukturinterne Gründe in einzelnen kooperierenden Einrichtungen. Der Anteil dieser Verweigerer lag deutlich über den Erwartungen, die aus der Pilotstudie zur Prüfung der Voraussetzungen einer webbasierten Nachsorge resultierten. Möglicherweise fühlten sich potentielle Studienteilnehmer hinsichtlich des technischen Anspruchs dieser Nachsorgeform überfordert oder</p>
----------------------	-------------------------	--------------------------------------	--	---

				<p>wurden im Rahmen der Rekrutierungsbemühungen der Klinik nicht ausreichend aufgeklärt.</p> <p>Es könnte von Vorteil sein, eine Person in der jeweils rekrutierenden Klinik nur mit der Studienbetreuung (Rekrutierung, Beratung, Fragebogenmanagement) zu beauftragen.</p>
--	--	--	--	--

<p>Mai 2012</p>	<p>Klinikum BB UKSH, Lübeck</p>	<p>Dr. Höder Dr. Deck</p>	<p>Einführung und Evaluation einer Reha-Assistenz</p>	<p>Multizentrische Studie zur Einführung und Evaluation einer Reha-Assistenz im stationären Reha-Ablauf sowie die Evaluation bzw. Untersuchung ihrer Effektivität hinsichtlich ihrer Unterstützung und Entlastung der Ärzte, der Pflege und der Therapeuten. Die Erhebungen erfolgten über Fokusgruppen in insgesamt acht Einrichtungen, mit bereits erprobter Reha-Assistenz, mit gerade eingeführter und ohne Reha-Assistenz – durch Befragung der Ärzte, der Pflegekräfte, der Reha-Assistentinnen und der Rehabilitanden.</p> <p>Zusätzlich der Befragungen wurden die Ausbildungsgänge verschiedener medizinischer und nichtmedizinischer Fachangestellten anhand einer Liste der benötigten Fähigkeiten daraufhin untersucht, wieweit sie als Grundausbildung für Reha-Assistentinnen geeignet sind. Die Analyse der benötigten Qualifikationen zeigte, dass Medizinische Fachangestellte von ihrer Grundausbildung her die besten Voraussetzungen mitbringen. Um als Reha-Assistentin erfolgreich arbeiten zu können, ist jedoch eine etwa fünfwöchige Weiterbildung nötig. Als grundlegendes Unterrichtsmaterial eignen sich besonders das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, 2009b) sowie die Schrift „Der ärztliche Entlassungsbericht“ (Deutsche Rentenversicherung, 2009a). Schließlich wurde ein Curriculum für die Weiterbildung zur Reha-Assistentin entwickelt.</p> <p>Die Untersuchung zeigt: Die Reha-Assistenz ist eine in der Praxis bewährte Möglichkeit, ohne steigende Kosten und ohne Abstriche in der Arbeitszufriedenheit Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte durch die Übernahme zahlreicher Aufgaben so zu entlasten, dass sie ihre Kernkompetenz vermehrt dort einbringen können, wo sie am dringendsten gebraucht wird: in der medizinischen Versorgung der Rehabilitanden.</p>
---------------------	---	-------------------------------	---	---

<p>Januar 2012</p>	<p>UKSH, Klinik für Psychi- atrie und Psychothe- rapie</p>	<p>Prof. Junghanns</p>	<p>Der Einfluss eines Gedächtnis- trainings auf den Therapieerfolg einer medizinischen Rehabilitations- maßnahme bei alkoholabhä- ngigen Menschen</p>	<p>Das Erlernen von alkoholspezifischen Informationen ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie bei Patienten mit einem Alkoholproblem, und stellt eine psychotherapeutische Intervention zur Aufrechterhaltung der Abstinenz dar. Durch gute kognitive Fähigkeiten ist eine Person in der Lage sich beispielsweise alkoholassoziierte Informationen zu merken, daraus Erkenntnisse abzuleiten um schließlich sein Verhalten zu ändern. Ziel der vorliegenden Studie war es, mit Hilfe einer umfangreichen neuropsychologischen Testbatterie zu prüfen, ob diese Beeinträchtigung kognitiver Funktionen bei abstinenten alkoholabhängigen Patienten, die an einer drei bis viermonatigen Entwöhnungsbehandlung teilnehmen, mit einem Gedächtnistraining positiv beeinflusst werden kann und inwieweit sich eine mögliche Verbesserung der deklarativen Gedächtnisleistung auf die Abstinenzdauer auswirkt.</p> <p>Es wurde eine monozentrische Kohortenstudie mit drei Messzeitpunkten durchgeführt; es wurde prospektiv die Gedächtnisleistung einer Gruppe von 124 Alkoholabhängigen, die kein Gedächtnistraining erhielten mit der Leistung einer Gruppe von 86 Alkoholabhängigen verglichen, die ein Gedächtnistraining erhielten. Beide Gruppen erhielten die gleiche Therapie in der AHG Klinik Holstein. Die beiden Patientengruppen wurden dreimalig während der Therapie in den Behandlungswochen 2, 6 und 10 hinsichtlich ihrer Gedächtnisfunktion mit einer umfassenden neuropsychologischen Testbatterie untersucht. Das Trinkverhalten wurde neben den üblichen Methoden über EtG-Bestimmungen überprüft.</p> <p>Nach 3 Monaten waren 47 % der Probanden aus der KG und 57 % Probanden der IG abstinent ($p=0,094$). Es zeigt sich somit tendenziell eine höhere Abstinenzrate in der IG. Nach 6 Monaten waren noch 36 % der KG und 53,5 % der IG abstinent ($p=0,013$). Es sind also signifikant mehr Patienten sechs Monate nach Beendigung der Therapie aus der IG abstinent geblieben.</p> <p>Zusammenfassend zeigt die Studie, dass signifikant mehr Patienten aus der IG mit einem Gedächtnistraining über den beobachteten Zeitraum abstinent geblieben sind. Es konnte hypothesenkonform gezeigt werden, dass (a) sich das Gedächtnis im Verlauf der Abstinenz während der Entwöhnungsbehandlung spontan etwas, aber nicht in allen Bereichen signifikant verbessert, dass aber (b) sich dies bei den Patienten, die gezielt in ihrer Gedächtnisleistung trainiert wurden, signifikant mehr verbessert und (c) dass das Training eine abstinentfördernde Wirkung im ersten Halbjahr nach der Entlassung aus der stationären Therapie zeigt.</p>
------------------------	--	------------------------	---	---

<p>Januar 2012</p>	<p>UKSH, Lübeck</p>	<p>Dipl.-Psych. Pohontsch Dr. Deck</p>	<p>Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung</p>	<p>Aus Kooperations- und Koordinationsproblemen, die Folge unterschiedlicher Zuständigkeiten im System der medizinischen Rehabilitation sind, ergeben sich für alle Beteiligten an der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehabilitationskliniken, ambulante Versorgung und Rehabilitanden) Nachteile. Im Projekt sollten die Barrieren für bedarfsgerechten Zugang, Kooperation und Kommunikation identifiziert sowie mögliche Lösungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Gewährleistung effektiver Kooperation und Koordinationsstrukturen und die Möglichkeit ihrer Implementation in die Praxis diskutiert werden.</p> <p>In 10 leitfadengestützten, nach Professionen getrennten Fokusgruppen wurden aktuelle Schnittstellenprobleme identifiziert. Für diese Probleme wurden anschließend in drei professionenübergreifenden Fokusgruppen mögliche Lösungsansätze erörtert. Die identifizierten Probleme und Lösungsvorschläge wurden den Teilnehmern jeweils zur Kommentierung rückgemeldet. Die Gruppengespräche dienten der Vorbereitung einer Abschlusskonferenz. In dieser wurden die Praktikabilität der potentiellen Lösungsansätze der verschiedenen Gruppen mit Entscheidungsträgern diskutiert, Handlungsempfehlungen abgeleitet und erste Schritte für Problemlösungen vereinbart.</p> <p>Bei der Befragung der verschiedenen Gruppen konnten verschiedenste Schnittstellenprobleme identifiziert werden. Die Ideen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern umfassten verschiedene Strategien zur Weiterbildung niedergelassener Ärzte, die Verbesserung und Beschleunigung der Kommunikationsprozesse und die Nachvollziehbarkeit des Antragsprozesses.</p> <p>Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Reha-Klinikern könnte aus der Sicht der Beteiligten z. B. durch verbesserte Strategien der (telefonischen) Erreichbarkeit für einander, wohnortnahe Rehabilitationsangebote, Optimierung der Befundberichte und die Einführung von Kurzbriefen für jeden Rehabilitanden verbessert werden. Auch die Entwicklung einer klar strukturierten, leicht verständlichen Webseite zu allen rehabilitationsrelevanten Themen wird stark befürwortet.</p> <p>In der Abschlusskonferenz wurden folgende weitere erfolgversprechende Schritte benannt: Aufbau einer Webseite mit ausführlichen, leicht zugänglichen Informationen über Reha-Antragstellung und Antragsprozess; Verbreitung bereits bestehender Reha-Bedarfs-Checklisten; Prüfung der Möglichkeit eines Kurzbriefs für jeden Rehabilitanden und Entwicklung einer Checkliste von Maßnahmen, die einem Reha-Antrag vorausgehen sollten. Ferner hat die Forschergruppe auf der Basis der Ergebnisse der Abschlusskonferenz weitere mögliche Empfehlungen (z. B. Überarbeitung der Antragsformulare) für die verschiedenen Kostenträger ausgearbeitet.</p>
------------------------	-------------------------	--	--	---