

Rehab Science *Spotlight*



03/2025

Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr)



Rückblick

156. Sozialmedizinisches Kolloquium

Studienvorstellung

Emotionaler Erschöpfung von Mitarbeitenden begegnen

Cochrane Snippets

VR-Technologie in der Schlaganfallrehabilitation

156. Sozialmedizinisches Kolloquium: Rückkehr in Arbeit nach psychischer Erkrankung

Am 04. Juni 2025 fand das 156. Sozialmedizinische Kolloquium in digitaler Form statt. Eingeladen hatten der vffr e. V. gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord, dem Medizinischen Dienst Nord sowie dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Rund 50 Teilnehmende aus Praxis, Wissenschaft und Beratung verfolgten den Vortrag von Prof. Dr. Johannes Hamann (Bezirksklinikum Mainkofen), der eindrücklich über die Herausforderungen und Möglichkeiten der beruflichen Reintegration nach stationärer psychiatrischer Behandlung referierte.



Nach sechs Monaten war die Interventionsgruppe deutlich häufiger in Arbeit zurückgekehrt als die Vergleichsgruppe (Symbolbild)

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet: Die 12-Monats-Prävalenz liegt laut epidemiologischen Studien bei rund 33 %, wobei depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Erkrankungen besonders häufig auftreten. Langzeitdaten zeigen entgegen der öffentlichen Wahrnehmung keinen deutlichen

Anstieg der Prävalenz. Auffällig ist jedoch, dass die Arbeitsunfähigkeitszeiten deutlich zunehmen. Laut Hamann u. a. bedingt durch einen offeneren Umgang mit Diagnosen, besserer diagnostischer Sensibilität sowie wachsender gesellschaftlicher Entstigmatisierung. Arbeit kann sowohl Ressource als auch Belastung darstellen: Während sie Struktur, soziale Teilhabe und Sinn geben kann, berichten viele Betroffene von psychosozialen Belastungsfaktoren wie erhöhten Anforderungen, mangelndem Handlungsspielraum und geringer Unterstützung, die sich negativ auf Krankheitsverläufe auswirken können.

Im Zentrum des Vortrags stand die Vorstellung der vom Innovationsfonds geförderten clusterrandomisierten RETURN-Studie, die darauf abzielte, die berufliche Rückkehr von Patientinnen und Patienten mit stationärer psychiatrischer Behandlung und bestehendem Arbeitsverhältnis systematisch zu unterstützen. Im Rahmen von RETURN wurden über 260 Patientinnen und Patienten in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Kern der Intervention war der Einsatz von Return-to-Work-(RTW)-Experten, die bereits während des Klinikaufenthalts Kontakt zu den Patientinnen und Patienten aufnahmen und sie auch über die Entlassung hinaus begleiteten. Neben dieser kontinuierlichen Betreuung umfasste das Angebot psychoedukative Einzelangebote, Jobcoaching sowie eine Fokussierung der klinischen Versorgung auf das Thema Arbeit.

Die Ergebnisse zeigten: Nach sechs Monaten konnten Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe deutlich häufiger in Arbeit zurückkehren als die Vergleichsgruppe. Allerdings war dieser Effekt nach zwölf Monaten statistisch nicht mehr signifikant. Ein besonders sensibler Aspekt im Rückkehrprozess betrifft den Umgang mit der Diagnose im betrieblichen Kontext, das sogenannte Disclosure. Sowohl quantitative Erhebungen als auch qualitative Interviews im Rahmen von RETURN verdeutlichten eine große Ambivalenz. Während Offenheit, Verständnis, Rücksicht und Unterstützung fördern kann, berichten viele auch über Stigmatisierung, Vorbehalte und negative Konsequenzen – insbesondere bei Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten. Eine pauschale Empfehlung sei nicht möglich, vielmehr brauche es strukturierten Entscheidungsraum, Reflexion und ggf. professionelle Begleitung, Aspekte, die in der RETURN-Intervention explizit aufgegriffen wurden. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrags lag auf der Rolle der Führungs-

Rückblick

kräfte: Diese sind sowohl bei der Erstmanifestation psychischer Erkrankungen als auch im Rückkehrprozess zentrale Akteure. In früheren Studien und Fortbildungsangeboten zeigten sich dabei Wissensdefizite, Unsicherheiten im Umgang mit betroffenen Mitarbeitenden sowie eine häufig unzureichende Nutzung interner Unterstützungsangebote. Gleichzeitig kann eine sensibilisierte und reflektierte Führungskultur entscheidend zum Erfolg der Wiedereingliederung beitragen.

Fazit: Die Erkenntnisse aus der RETURN-Studie verdeutlichen: Menschen mit psychischen Erkrankungen und bestehendem Arbeitsverhältnis möchten in den meisten Fällen in den Beruf zurückkehren. Rund 70 % der befragten Patientinnen und Patienten in der RETURN-Stichprobe gelang dies innerhalb von drei Monaten.

Gleichzeitig fühlen sich viele unzureichend vorbereitet, und insbesondere organisatorische, emotionale und kommunikative Hürden erschweren die Reintegration. Eine strukturierte, sektorübergreifende Intervention kann hier nachweislich wichtige Impulse setzen, besonders, wenn sie frühzeitig ansetzt und soziale Ressourcen stärkt. <<

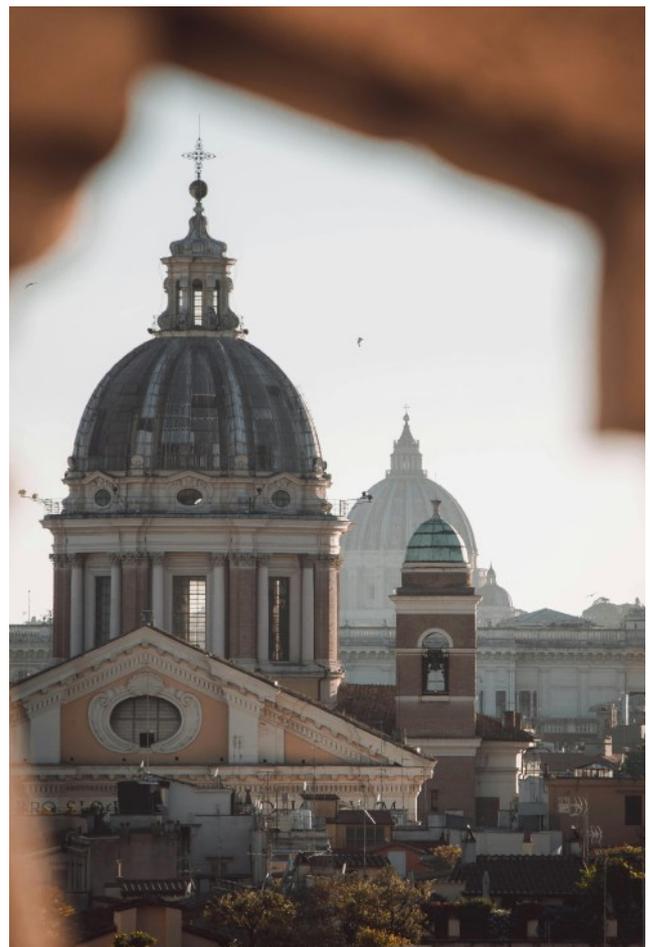
RETURN-Studie

Die in *European Psychiatry* publizierte Studie erreichen Sie über den QR-Code.



Zum Begriff der Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation entstammt dem Lateinischen und setzt sich aus dem Präfix re- (zurück, wieder) und dem Substantiv „habilitas“ (Tauglichkeit, Fähigkeit, Geschicklichkeit) zusammen. Wörtlich bedeutet „rehabilitatio“ somit Wiederherstellung der Tauglichkeit oder Wiedereinsetzung in den früheren Zustand. Bereits in der spätlateinischen Rechtssprache bezeichnete „rehabilitare“ den Akt, jemanden rechtlich oder sozial wiederherzustellen, beispielsweise im Hinblick auf die Wiederanerkennung der bürgerlichen Ehrenrechte nach einer Verurteilung. Im kirchlichen Kontext wurde der Begriff später für die Wiedenzulassung von Personen zu Ämtern oder Sakramenten verwendet. In der deutschen Sprache ist „Rehabilitation“ seit dem 18. Jahrhundert belegt, zunächst ebenfalls im juristischen Sinne. Erst im 20. Jahrhundert etablierte sich die heutige medizinische Bedeutung: die Wiederherstellung körperlicher, psychischer oder sozialer Funktionen nach Krankheit oder Unfall. Mit der Entwicklung der modernen Sozialversicherungssysteme wurde „Rehabilitation“ zudem zunehmend als interdisziplinäres Konzept verstanden, das medizinische, berufliche und soziale Komponenten integriert. Heute umfasst der Begriff neben der medizinischen Rehabilitation auch die berufliche und soziale Wiedereingliederung. Ein Blick in die Wörterbücher anderer europäischer Sprachen zeigt zudem die große Ähnlichkeit aufgrund des lateinischen Ursprungs. So wird im Englischen von „rehabilitation“, im Italienischen von „riabilitazione“ und im Spanischen von „rehabilitación“ gesprochen. Im Französischen beschreibt „réhabilitation“ heute in erster Linie die rechtliche oder gesellschaftliche Rehabilitierung einer Person, während im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation von „réadaptation“ gesprochen wird. <<



Im kirchlichen Kontext wurde der Begriff „Rehabilitation“ schon früh für die Wiedenzulassung von Personen zu Sakramenten verwendet (Symbolbild)

Emotionaler Erschöpfung von Mitarbeitenden begegnen

Die psychische Belastung von Gesundheitsfachkräften ist ein anhaltendes Problem, das sich seit der COVID-19-Pandemie verschärft hat. Programme zur Förderung des Wohlbefindens scheitern jedoch häufig an mangelnder Praxistauglichkeit.

In der Studie Well-Being Outcomes of Health Care Workers After a 5-Hour Continuing Education Intervention: The WELL-B Randomized Clinical Trial wurde daher untersucht, ob eine 5-stündige, webbasierte psychoedukative Intervention mit Elementen der positiven Psychologie zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens von Gesundheitsfachkräften beitragen kann. Die randomisierte kontrollierte Studie wurde in den USA durchgeführt. Eingeschlossen wurden volljährige Gesundheitsfachkräfte (≥ 18 Jahre) in klinischen (z. B. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte) und nicht-klinischen Rollen. Die Teilnehmenden wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert. Die Interventionsgruppe durchlief acht Tage das psychoedukative WELL-B-Programm, die Kontrollgruppe erhielt die Intervention nach Abschluss der Primärerhebung. Das WELL-B-Programm bestand aus fünf Modulen à 60 Minuten mit je 10-minütigen, interaktiven Übungen, u. a. zu Work-Life-Integration, Selbstmitgefühl und teambezogenem Wohlbefinden.

Primärer Endpunkt der Studie war die Veränderung der emotionalen Erschöpfung nach acht Tagen. Sekundäre Endpunkte waren emotionale Erholung, emotionales Aufblühen und Work-Life-Integration. Die Datenerhebung erfolgte webbasiert. Gruppenunterschiede wurden nach dem Intention-to-treat-Prinzip mit t-Tests und adjustierten multivariablen Regressionsmodellen analysiert.

Insgesamt wurden 573 Teilnehmende in die Analysen eingeschlossen. Die Interventions- und Kontrollgruppe waren hinsichtlich soziodemografischer Merkmale vergleichbar. 89 % der Teilnehmenden waren weiblich, 30 % Pflegekräfte. Am achten Tag zeigte sich in der Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion der emotionalen Erschöpfung (mittlerer Unterschied: $-9,0$ Punkte auf 100-Punkte-Skala; 95 %-KI: $-13,1$ bis $-4,9$; $p < 0,001$) sowie Verbesserungen im emotionalen Aufblühen ($+6,6$; 95 %-KI: $3,2$ bis $10,0$; $p < 0,001$), in der emotionalen Erholung ($+5,5$; 95 %-KI: $2,0$ bis $9,0$; $p = 0,002$) und in der Work-Life-Integration ($-5,0$; 95 %-KI: $-8,2$ bis $-1,9$; $p = 0,002$).

Die Effekte blieben auch nach Adjustierung signifikant. Die Intervention selbst wurde von über 90 % der Teilnehmenden positiv bewertet. Auch Teilnehmende, die nur drei oder vier Module abgeschlossen hatten oder Videoaufzeichnungen nutzten, profitierten in ähnlichem Maße.



In den Übungen der WELL-B-Intervention reflektieren Mitarbeitende, wie sie mit sich selbst umgehen (Symbolbild)

Die Studie zeigt, dass kurze psychoedukative Einheiten positive Effekte auf das emotionale Wohlbefinden von Gesundheitsfachkräften haben können. Auch in Rehabilitationssettings könnten solche niedrighwelligen Formate zur Förderung der Mitarbeitergesundheit beitragen. Langfristige Effekte wurden nicht erhoben und bleiben zu prüfen. <<

Quelle: Sexton JB, Adair KC. Well-Being Outcomes of Health Care Workers After a 5-Hour Continuing Education Intervention: The WELL-B Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(9):e2434362. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.34362.

VR-Technologie in der Schlaganfallrehabilitation



Virtual-Reality-Technologie wird immer häufiger in therapeutischen Settings eingesetzt (Symbolbild)

Die Anwendung von Virtual Reality (VR) in der Schlaganfallrehabilitation hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. VR erlaubt Patient*innen, interaktiv in simulierten Umgebungen therapeutische Bewegungen durchzuführen. Die aktualisierte Cochrane-Übersichtsarbeit „Virtual reality for stroke rehabilitation“ überprüfte die Wirksamkeit von VR-gestützter Rehabilitation im Vergleich zu alternativen Therapieansätzen oder zu üblicher Versorgung bei Erwachsenen nach Schlaganfall. Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien mit Erwachsenen nach Schlaganfall, in denen VR-basierte Interventionen mit anderen therapeutischen Ansätzen oder keiner Intervention verglichen wurden.

Primärer Endpunkt war die Funktion und Aktivität der oberen Extremität, sekundäre Endpunkte umfassten unter anderem Ganggeschwindigkeit, Gleichgewicht, globale motorische und kognitive Funktionen, Aktivitätseinschränkungen, Teilhabe und Lebensqualität. Berücksichtigt wurden Publikationen bis September 2023.

Die Autor*innen schlossen 190 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 7188 teilnehmenden Personen ein. Die Ergebnisse zeigen, dass VR im Vergleich zu alternativen Therapieformen zu einer leichten Verbesserung der oberen Extremitätenfunktion führen kann (standardisierte Mittelwertdifferenz [SMD] = 0,20, 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI]: 0,12–0,28, 67 Studien, 2830 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz). Für das Gleichgewicht zeigte sich ein kleiner positiver

Effekt (SMD = 0,26, 95 %-KI: 0,12–0,40, 24 Studien, 871 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz). Hinsichtlich der Ganggeschwindigkeit ergab sich kein relevanter Nutzen (SMD = 0,05, 95 %-KI: –0,02–0,13, 10 Studien, 304 teilnehmende Personen, sehr niedrige Sicherheit der Evidenz). Zudem wurde eine leichte Reduktion der Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten festgestellt (SMD = 0,21, 95 %-KI: 0,11–0,32, 33 Studien, 1495 teilnehmende Personen, moderate Sicherheit der Evidenz). Teilhabe und Lebensqualität werden durch VR möglicherweise nicht positiv beeinflusst (SMD = 0,11, 95 %-KI: –0,02–0,24, 16 Studien, 963 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz).

Ein bedeutsamerer Nutzen zeigte sich, wenn VR zusätzlich zur üblichen Versorgung angewendet wurde: Die Funktion der oberen Extremität konnte dadurch moderat verbessert werden (SMD = 0,42, 95 %-KI: 0,26–0,58, 21 Studien, 689 teilnehmende Personen, moderate Sicherheit der Evidenz). Auch hier zeigte sich ein positiver Effekt auf das Gleichgewicht (SMD = 0,68, 95 %-KI: 0,46–0,91, 12 Studien, 321 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz) sowie eine Reduktion der Aktivitätseinschränkungen (SMD = 0,22, 95 %-KI: 0,04–0,41, 15 Studien, 513 teilnehmende Personen, moderate Sicherheit der Evidenz). Auf Partizipation und Lebensqualität hatte die zusätzliche VR-Intervention keinen klaren Einfluss (SMD = 0,22, 95 %-KI: –0,24–0,67, 2 Studien, 76 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz).

Zum Review

Das vollständige Review *Virtual reality for stroke rehabilitation* erreichen Sie über den QR-Code.



Adverse Ereignisse wurden in 59 Studien erfasst und waren insgesamt selten und mild (z. B. Schwindel, Kopfschmerzen). Die Heterogenität der Studien war insgesamt hoch, viele Studien wiesen methodische Schwächen auf, und viele Stichproben waren klein. Die meisten Interventionen verwendeten nicht-immersive, kommerziell verfügbare Systeme, bei denen die Außenwelt nicht vollständig ausgeblendet wird und die virtuelle Umgebung somit nicht das gesamte Sichtfeld abdeckt. Subgruppenanaly-

sen deuten darauf hin, dass eine höhere Therapiedauer (> 15 Stunden) mit besseren Ergebnissen assoziiert sein könnte. Zusammenfassend können wir mit niedriger bis moderater Sicherheit davon ausgehen, dass eine VR-gestützte Rehabilitation die Funktion der oberen Extremitäten, das Gleichgewicht und Aktivitätseinschränkungen nach Schlaganfall leicht bis moderat verbessern kann, insbesondere wenn sie zusätzlich zur Standardversorgung eingesetzt wird. Die Evidenz für andere Endpunkte bleibt begrenzt und weitere hochwertige Studien sind notwendig, um die langfristigen Effekte und optimalen Einsatzmodalitäten von VR zu klären. <<

Quelle: Laver KE, Lange B, George S, Deutsch JE, Saposnik G, Chapman M, Crotty M. *Virtual reality for stroke rehabilitation*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025; Issue 6: CD008349. doi:10.1002/14651858.CD008349.pub5

Medikamentöse Behandlung der generalisierten Angststörung

Die Generalisierte Angststörung ist durch anhaltende, übermäßige Sorgen über alltägliche Ereignisse gekennzeichnet und betrifft Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer. Pharmakologische Behandlungsoptionen umfassen insbesondere Antidepressiva wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI). Angesichts neuer Daten und Präparate wurde das systematische Review „Antidepressants versus placebo for generalised anxiety disorder (GAD)“ zur Wirksamkeit, Verträglichkeit und Akzeptanz verschiedener Antidepressiva im Vergleich zu Placebo bei Erwachsenen mit Generalisierter Angststörung von Kopicic et al. aktualisiert. Die Autor*innen schlossen randomisierte kontrollierte Studien mit erwachsenen Teilnehmenden (≥ 18 Jahre) mit primärer Diagnose einer Generalisierten Angststörung ohne schwere somatische Komorbiditäten ein. Psychiatrische Begleiterkrankungen waren zulässig, sofern die Generalisierte Angststörung die Hauptdiagnose war. Psychotherapeutische Studien und Untersuchungen mit regelmäßiger Anwendung von Benzodiazepin wurden ausgeschlossen. Die Datensuche erfolgte im Oktober 2022 in sechs Datenbanken sowie in zwei Studienregistern. Insgesamt wurden 37 randomisierte kontrollierte Studien mit 12.226 teilnehmenden Personen (Behandlungsdauer 4–28 Wochen) eingeschlossen. Primäre Zielkriterien waren eine klinisch relevante Verbesserung (≥ 50 % Reduktion auf der Hamilton-Angstskala [HAM-A]), Studienabbrüche (Akzeptanz), Abbrüche aufgrund mangelnder Wirksamkeit bzw. unerwünschter Wirkungen sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. Antidepressiva führten häufiger zu einer deutlichen Symptomreduktion (relatives Risiko [RR] = 1,41, 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI]: 1,29–1,55, Number needed to treat or an additional

beneficial outcome [NNTB] = 7, 20 Studien, 7267 teilnehmende Personen, hohe Sicherheit der Evidenz). Hinsichtlich der generellen Studienabbrüche bestand kein Unterschied (RR = 1,03, 95 %-KI: 0,93–1,14, 33 Studien, 11.294 teilnehmende Personen, hohe Sicherheit der Evidenz). Antidepressiva führten seltener zu Abbrüchen aufgrund fehlender Wirksamkeit (RR = 0,41, 95 %-KI: 0,33–0,50, NNTB = 27, 29 Studien, 11.007 teilnehmende Personen, hohe Sicherheit der Evidenz), jedoch häufiger zu Abbrüchen wegen Nebenwirkungen (RR = 2,18, 95 %-KI: 1,81–2,61, Number needed to treat for an additional harmful outcome [NNTH] = 17, 32 Studien, 11.793 teilnehmende Personen, hohe Sicherheit der Evidenz). Diese Effekte waren auch in Subgruppenanalysen konsistent, die zwischen verschiedenen Arten von Antidepressiva unterschieden. Die Gesamtqualität der Evidenz wurde durchweg als hoch eingeschätzt. Einschränkungen betrafen u. a. die geringe Repräsentation von Personen mit somatischen Komorbiditäten. Für die rehabilitative Versorgung bedeuten die Ergebnisse, dass die Kontrolle der medikamentösen Behandlung und eine Aufklärung der Patient*innen wichtiger Bestandteil der Rehabilitation sind: Antidepressiva sind eine effektive medikamentöse Option zur Behandlung der Generalisierten Angststörung, auch wenn ein moderates Risiko für Abbrüche aufgrund von Nebenwirkungen besteht. Die Therapieentscheidung sollte individualisiert erfolgen und sowohl Nutzen als auch potenzielle unerwünschte Effekte berücksichtigen. <<

Quelle: Kopicic K, Arcaro J, Pinto A, Ali S, Barbui C, Curatoli C, Martin J, Guaiana G. *Antidepressants versus placebo for generalised anxiety disorder (GAD)*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025; Issue 1. Art. No.: CD012942. DOI: 10.1002/14651858.CD012942.pub2.

13. Reha-Symposium am 17. November in Lübeck



Weitere Informationen zum 13. Reha-Symposium in Lübeck unter: www.reha-vffr.de (Symbolbild)

Innovationen und zukunftsweisende Konzepte sind ein Schlüssel, um die Rehabilitation weiterzuentwickeln und den Herausforderungen der kommenden Jahre zu begegnen. Wie können wir die Zukunft der Rehabilitation gestalten und welche innovativen Lösungen könnten bereits heute in der Praxis umgesetzt werden? Welche Entwicklungen und Trends haben das Potenzial, die Rehabilitationslandschaft langfristig zu verändern? Das 13. Reha-Symposium widmet sich diesen Fragen unter dem diesjährigen Motto „Rehavolution: Innovationen für die Zukunft der Rehabilitation“ und gibt Teilnehmenden aus Forschung und Praxis die Möglichkeit, zukunftsorientierte Lösungen und Konzepte zu diskutieren. Das 13. Reha-Symposium findet am 17. November im Radisson Blu Senator Hotel, Willy-Brandt-Allee 6, 23554 Lübeck statt. Eine Teilnahme ist vor Ort und online möglich. <<

Zur Anmeldung



Forschungspreis

Der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) vergibt alle zwei Jahre den mit **2.500 Euro** dotierten Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungspreis an Wissenschaftler*innen aus Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein.

Ausgezeichnet werden herausragende rehabilitationswissenschaftliche Arbeiten, deren Publikation in einer Zeitschrift mit Peer Review nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Es sind sowohl Eigenbewerbungen als auch Vorschläge Dritter möglich. Zur Teilnahme senden Sie bitte die nachfolgend genannten Unterlagen in einer PDF-Datei bis zum **10. Oktober 2025** an reha.sozmed.luebeck@uksh.de:

1. die Publikation,
2. eine einseitige Zusammenfassung in deutscher Sprache,
3. ggf. eine Einverständniserklärung der Co-Autor*innen,
4. einen Lebenslauf mit wissenschaftlichem Werdegang,
5. sowie eine Publikationsliste

Über die Vergabe des Preises entscheidet eine Jury des vffr e. V. Der Rechtsweg gegen die Entscheidung der Jury ist ausgeschlossen. Die Preisverleihung findet im Rahmen des 13. Reha-Symposiums am 17. November in Lübeck statt.

Impressum

Herausgegeben von: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr), Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck, Telefon: +49 451 485-10090; Vereinsregister Amtsgericht Lübeck Nr. VR 2007; Vorstand: Dr. Melanie Hümmelgen. Redaktion: Prof. Dr. Matthias Bethge (V.i.S.d.P.). Verantwortliche Stelle im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für den Versand des Newsletters ist der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr). Weitere Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Ihren Rechten, finden Sie unter: www.reha-vffr.de.

Frist zur
Einreichung
verlängert!