

## Abgeschlossene Projekte 2011

Abschluss	Einrichtung	ProjektleiterIn	Kurztitel des Projekts	Abstract
Oktober 2011	Fachklinik für Onkologische Rehabilitation Lehmrade	Dr. Steimann Dr. Bergelt	Evaluation eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes in der stationären onkologischen Rehabilitation	<p>Eine prospektiv angelegte multizentrische Längsschnittstudie mit dem Ziel einer systematischen Evaluation beruflich ausgerichteter rehabilitativer Maßnahmen. Eingeschlossen wurden Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter aller Indikationsbereichen, die eine medizinische stationäre onkologische Rehabilitation (AHB oder HV) in Anspruch nahmen. Die Interventionsgruppe erhält alle berufsbezogenen Angebote des Programms, Kontrollpatienten erhalten eine Reha-Maßnahme ohne berufsorientierte Intervention. Die Befragung wurde zu drei Messzeitpunkten durchgeführt: zu Beginn der Reha, ein halbes Jahr, und ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme.</p> <p>Stichprobengröße:477; t2 n= 390 Responder; t3=336 Responder</p> <p>Es ergaben sich keine relevanten Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit und des Umgangs mit der beruflichen Belastung. Die IG erlebte bei der beruflichen Leistungsfähigkeit eine positivere Entwicklung und fühlte sich besser auf die berufliche Wiedereingliederung vorbereitet.</p> <p>Für die Gruppe der Rehabilitanden, die im Studienzeitraum nicht wieder in den Beruf zurückkehrten kann ein spezifisches Nachsorgeprogramm die berufliche Wiedereingliederung möglicherweise unterstützen.</p>
Juli 2011	UK S-H <sup>1</sup> , Lübeck	Dr. Mittag Dipl.-Psych. S. Schramm	Die Wirksamkeit stationärer bzw. ambulanter kardiologischer Rehabilitation in Deutschland: eine systematische Literaturübersicht.	<p>Eine systematische Übersichtsarbeit mit integrierten Metaanalysen zur Wirksamkeit des in Deutschland praktizierten Behandlungsansatzes von überwiegend drei Wochen stationärer kardialer Rehabilitation (Phase II).</p> <p>Methodik: Um die Vollerhebungswahrscheinlichkeit zur Beantwortung der Fragestellung zu maximieren, erfolgte die Suche nach nationaler Evidenz auf mehreren Wegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. EDV-gestützte Literaturrecherchen in unterschiedlichen Datenbanken (MEDLINE, PsycINFO, REHADAT,SOMET und GEROLIT); Publikationen seit 1990.</li> <li>2. DRV Schriften, „Die Rehabilitation“ und die „Zeitschrift für Kardiologie“ wurden systematisch gescreent; die Referenzverzeichnisse eingeschlossener Arbeiten gesichtet (Handsuche).</li> <li>3. 152 kardiologische Reha-Einrichtungen sowie acht derzeit existierende Forschungsverbände wurden schriftlich kontaktiert, um interne Dokumentation und „graue“ Literatur zu erfassen.</li> </ol> <p>Die Auswahl der Literatur erfolgte über einen 2-stufigen Selektionsprozess, Vergleich der nationalen SMD mit internationalen Referenzwerten über Einbezug von Primärliteratur aktueller Metaanalysen. Der methodischen Qualitätsbegutachtung und der Bestimmung der Evidenzgrade folgte die Datenextraktion für definierte Zielvariablen über bis zu vier Messzeiträume. Für die dichotomen Zielgrößen wurden gepoolte Ereignisraten berichtet; für die metrischen Outcome-Parameter wurden Intragruppen-Effektstärken berechnet.</p> <p>Ergebnisse: Höchststrangige Evidenz für den Wirksamkeitsnachweis liegt nicht vor. Nach guten Anfangseffekten zeigen sich in den ersten sechs Monaten positive Effekte moderater Größenordnung; langfristig können diese nicht aufrechterhalten werden. Der Vergleich mit den internationalen Bezugsgrößen erbrachte keinen eindeutigen Nachweis für eine Überlegenheit des deutschen Versorgungssystems, vorliegende Heterogenität der Datenlage schränkt die Interpretierbarkeit ein.</p>

Februar  
2011

UK S-H<sup>1</sup>, Lübeck

Dr. Höder/ Dr. Deck

Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Eine Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungs- / Entlastungsmöglichkeiten.

Die Studie untersucht die Aufgaben(um)verteilung in der Rehabilitation. Wer macht was? Wie sind die anfallenden Arbeiten auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilt? Und gründet sich diese Verteilung rational auf die tatsächlichen spezifischen Kompetenzen, oder ist sie „historisch gewachsen“? Sind andere Verteilungen möglicherweise sinnvoller?

Aus verschiedenen Publikationen der Leistungsträger, vor allem aus dem Rahmenkonzept der Rentenversicherung zur medizinischen Reha wurde eine Liste von Aufgaben erstellt, die regelmäßig anfallen. Diese Liste wurde 50 Mitarbeitern verschiedener klinischer Berufe an fünf Reha-Kliniken für muskuloskelettalen Erkrankungen vorgelegt. Sie wurden befragt, welche Aufgaben sie regelmäßig durchführen, welche sie als ihre Kernaufgaben betrachten, welche Aufgabenerweiterungen sie sich vorstellen könnten. 15 Vorschläge für eine Aufgabenneuverteilung wurden entwickelt und 135 weiteren Klinikern, 100 Rehabilitanden und 27 führenden Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Klinik, Fachverbänden und Rentenversicherung zur Beurteilung vorgelegt.

**Ergebnisse:** Kliniker: Die Vorschläge wurden insgesamt recht positiv beurteilt, der Vorschlag des Berufs der Reha-Assistentin wurde mit einer Ausnahme positiv bewertet. Rehabilitanden: Bei der zusammenfassenden Darstellung aller Vorschläge war die häufigste Antwort „müsste man mal ausprobieren“, acht Rehabilitanden äußerten Ablehnung. Der Einsatz einer Reha-Assistentin wurde einhellig begrüßt. Führende Persönlichkeiten: 21 von 27 sprachen sich für eine Erprobung unter wissenschaftlicher Begleitung aus, zwei hielten weitere Vorarbeiten für nötig, zwei wählten beide Möglichkeiten; keine Person riet von einer Erprobung ab.

**Fazit:** Die Aufgaben(um)verteilung in der Rehabilitation sollte einem wissenschaftlich begleiteten Praxistest unterzogen werden.