



## Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge (ZeReNa): [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de)<sup>1</sup>

Schramm S, Himstedt C, Deck R

**Korrespondenzadresse:**

Dipl. Psych. Susanne Schramm  
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
Fon: 0451/ 500 58 82  
Fax: 0451/ 500 58 72  
Mail: [susanne.schramm@uksh.de](mailto:susanne.schramm@uksh.de)

---

<sup>1</sup> Gefördert von der DRV-Bund.



# Vorwort:

Das vorliegende Projekt wurde von der DRV Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ gefördert und entstand im Rahmen der Reha-Forschung unter Leitung von Frau PD Dr. Ruth Deck am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (Leitung: Prof. Dr. A. Katalinic).

Die Arbeit beim Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge wurde von Beginn an durch den interdisziplinären ZeReNa-Projektbeirat begleitet und aktiv unterstützt, der sich aus Personen aus Forschung und Praxis sowie Mitarbeitern des Kostenträgers zusammensetzt. Namentlich sind als sogenannte externe Mitglieder zu nennen: Frau Dr. S. Brüggemann, Frau Dr. I. Ehlebracht-König, Herr Professor H. Faller, Frau Dr. N. Glaser-Möller, Herr KH. Köpke, Herr PD G. Langs, Herr Professor T. Kohlmann sowie Frau E. Volke.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde für den vorliegenden Bericht jeweils die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle jedoch ausdrücklich darauf hin, dass stets sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sind und dieses Vorgehen keine Wertung beinhaltet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Aufgaben, Ziel und Fragestellungen .....</b>	<b>12</b>
<b>3 Änderungen in der Projektplanung .....</b>	<b>14</b>
<b>4 Methodik .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Definition der Selektionskriterien .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Evidenzsuche und Selektionsprozess .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Kritische Bewertung .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4 Aggregation und Extraktion der Daten .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Aufbau des Web-Portals (Synthese) .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6 Zusammenfassung der Methodik .....</b>	<b>35</b>
<b>5 Ergebnisse .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Das ZeReNa-Konsensverfahren .....</b>	<b>37</b>
5.1.1 Ergebnis des Konsensverfahrens: Das ZeReNa-Qualitätsprofil .....	45
<b>5.2 Suche auf 3 Wegen: Ergebnisse .....</b>	<b>48</b>
5.2.1 Suche in den bibliographischen Datenbanken: Ergebnisse .....	49
5.2.2 Handsuche: Ergebnisse .....	50
5.2.3 Expertenkonsultationen: Ergebnisse .....	52
5.2.4 Zusammenfassung .....	52
<b>5.3 Reha-Nachsorgeprogramme und Aufbau der Webpage .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4 Testung der Usability .....</b>	<b>59</b>
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>67</b>
<b>6.1 Diskussion der Methodik und Grenzen der Arbeit .....</b>	<b>67</b>
<b>6.2 Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für die Praxis .....</b>	<b>68</b>
<b>6.3 Schlussfolgerungen und Beantwortung der Forschungsfragen ...</b>	<b>72</b>
<b>7 Zusammenfassung .....</b>	<b>73</b>
<b>8 Danksagung .....</b>	<b>75</b>
<b>9 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>76</b>
<b>10 Anhang .....</b>	<b>82</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: de.tab - Relevante Spalten .....	28
Tabelle 2: Spaltenerweiterung der Geo-Datenbank .....	29
Tabelle 3: Starter-Set zur Bewertung der Qualität.....	47
Tabelle 4: Recherchen - Physikalische Medizin, Reha- und Kurortmedizin .....	50
Tabelle 5: Recherchen - Das Gesundheitswesen .....	50
Tabelle 6: Recherchen - Die Rehabilitation .....	51
Tabelle 7: Gruppe und Zusammensetzung .....	60

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Deutsche Gesundheitsportale - Top 5 .....	11
Abbildung 2: ZeReNa-Selektionskriterien - Zusammenfassung .....	18
Abbildung 3: ZeReNa-Suchstrategien im Überblick .....	19
Abbildung 4: Evidenzhierarchie.....	22
Abbildung 5: ZeReNa-Datenbank - Auszug .....	26
Abbildung 6: ZeReNa-Homepage/ Webserver Aufbau .....	27
Abbildung 7: Kreisbogen.....	31
Abbildung 8: Bedingung für die SQL-Abfrage zur Distanzbestimmung.....	33
Abbildung 9: ZeReNa - Methodische Umsetzung.....	36
Abbildung 10: ZeReNa-Konsensverfahren zur Entwicklung von QI.....	38
Abbildung 11: MEDLINE-Suchstrategie nach potentiellen QI .....	38
Abbildung 12: Bewertungsmodus Relevanz.....	40
Abbildung 13: Bewertungsbeispiele zur Veranschaulichung .....	41
Abbildung 14: Bewertungsmodus Machbarkeit/ Praktikabilität .....	42
Abbildung 15: Bewertungsmodus Eignung für die öffentliche BE .....	43
Abbildung 16: Bewertungstool Runde 1 .....	44
Abbildung 17: DB für das ZeReNa-Konsensverfahren - Auszug .....	45
Abbildung 18: ZeReNa-Qualitätsprofil.....	48
Abbildung 19: Ergebnisse der ZeReNa-Recherchen im Überblick .....	54
Abbildung 20: Aufbau des Web-Portals .....	55
Abbildung 21: Nachsorge-Finder (Auszug) .....	56
Abbildung 22: Ablaufdiagramm Umkreissuche.....	57
Abbildung 23: Nachsorge-Finder (Auszug II) .....	57
Abbildung 25: Verteilung hinsichtlich der Indikationen.....	58
Abbildung 26: Nutzerbewertung der HP - Therapeutenteam Orthopädie/ Kardiologie .....	61
Abbildung 27: Nutzerbewertung der HP - Rehabilitanden Orthopädie.....	62
Abbildung 28: Nutzerbewertungen der HP - Rehabilitanden Kardiologie.....	63
Abbildung 29: Nutzerbewertungen der HP - Therapeutenteam Psychosomatik .....	64
Abbildung 30: Nutzerbewertungen der HP - Rehabilitanden Psychosomatik.....	65

Abbildung 31: Akzeptanzbefragungen - Ergebnisse.....69

## 1 Theoretischer Hintergrund

Der demografische Wandel sowie die Begrenzung der verfügbaren Ressourcen zwingen die Verantwortlichen der Gesundheitssysteme -insbesondere in den industrialisierten Ländern- primär auf chronische Krankheiten zu fokussieren: Die steigende Relevanz älterer Beschäftigter auf dem Arbeitsmarkt erscheint vor dem Hintergrund des linearen Anstiegs der Prävalenz von (vorrangig chronischen) Krankheiten und funktionellen Einschränkungen besonders problematisch; erschwerend kommt hinzu, dass auch die Komplexität der Krankheitsbilder durch Multimorbidität mit dem Alter zunimmt (Holzhausen et al. 2006, Nowossadeck 2012a und b, Statistisches Bundesamt 2009). Durch innovative Entwicklungen innerhalb von Therapien und Diagnostik sind Sterblichkeitsraten zwar zu reduzieren, gleichzeitig erhöht sich hierdurch aber die Wahrscheinlichkeit für chronifizierte Verläufe. „Die Zukunft ist chronisch!“, so lautet deshalb der Titel einer bereits im Jahr 2006 von Gensichen et al. erschienenen Publikation. Gesundheit im Sinne der WHO als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ stellt vor diesem Hintergrund kein realistisches Therapieziel dar; es geht vielmehr darum, das Leben mit der Krankheit und ihren spezifischen Folgen zu bewältigen und die (größtmögliche) Teilhabe zu sichern. Die Relevanz der medizinischen Rehabilitation steht vor diesem Hintergrund außer Frage; als Bestandteil der integrierten Patientenversorgung wird sie weiter an Bedeutung zunehmen: „Medizinische Rehabilitation [...] ist eine der unverzichtbaren und an Gewicht gewinnenden Grundfunktion unseres Gesundheitswesens“ (Raspe 2009, Seite 47). In Entsprechung hierzu bewilligt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) -als einer der wichtigsten Kostenträger- derzeit jährlich etwa 1Mio Rehabilitationsleistungen (DRV Bund 2013).

Der tatsächliche Wert der medizinischen Rehabilitation zeigt sich erst anhand der langfristigen Erhaltung erzielter (kurz- und mittelfristiger) Erfolge. Diesem Anspruch werden bislang evaluierte Reha-Konzepte nur bedingt gerecht, dies gilt -mit wenigen Ausnahmen- indikationsübergreifend (z.B. Hüppe & Raspe 2003 und 2005, Mittag et al. 2011). Die Optimierung der Nachhaltigkeit stellt deshalb ein zentrales Aufgabenfeld innerhalb der Reha-Forschung dar und die Relevanz von Reha-Nachsorge gilt seit einigen Jahren als unumstritten (Deck et al. 2004, Haaf 2005, Köpke 2005). Folgt man der Definition von Klosterhuis et al. (2002) und versteht unter Reha-Nachsorge jedwede Maßnahme, die eine langfristige Sicherung des Reha-Erfolgs fordert, so ist das Angebot immens, wenig überschaubar und das Spektrum reicht von der stufenweisen



Wiedereingliederung bis zur professionell geleiteten, konzeptionell gestützten Behandlung: Für eine Vielzahl von Indikationen und Problembereichen wurden spezifische Nachsorgeangebote entwickelt (Übersicht siehe Köpke 2005); bestimmte komplexe Programme (z.B. IRENA [Intensivierte Rehabilitationsnachsorge] der DRV Bund) bzw. Nachsorgeleistungen (z.B. Reha-Sport nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX und Funktionstraining nach § 44 Abs. 1 Nr. 4) haben sich bundesweit etabliert. Dennoch besteht in der Realität eine ungenügende Vernetzung stationärer/ ambulanter Rehabilitation und weiterer integrierter (Nach-)Behandlungsangebote in den konkreten Lebensraum der Betroffenen hinein; zielführende Reha-Nachsorgepläne sowie konkrete Empfehlungen liegen selten vor oder scheitern an den Schnittstellen zu den nachbehandelnden Akteuren (Deck et al. 2004, Gerdes et al. 2005, Reuther et al. 2010). Die fehlende Systematik hinsichtlich des Gesamtangebots und die relative Unübersichtlichkeit hinsichtlich der einzelnen Maßnahmen und der unterschiedlichen Anbieter erschweren sowohl verbindliche Vernetzung als auch konkrete Zuweisungen.

Ressourcen- bzw. Verhaltensorientierung und das Leitbild vom selbstbestimmt und eigenverantwortlich handelnden Rehabilitanden charakterisieren die moderne Rehabilitation (DRV Bund 2007): „Mit einer Krankheit leben lernen“ impliziert gleichzeitig, etablierte -zumeist gesundheitshinderliche- Gewohnheiten zugunsten eines neuen Gesundheitsverhaltens aufzugeben; dies ist ein langfristiger und vielschichtiger Prozess, der oft die lebenslange Ausrichtung der Therapie bedingt (Fuchs 2003, Schwarzer 2004). Grundvoraussetzung hierfür ist Eigeninitiative auf Seiten der Betroffenen; der Patient selbst wird zum Hauptakteur im Geschehen: Durch die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung vom 21. November 1986 fanden Konstrukte wie „Partizipation“ und „Empowerment“ erstmals Eingang in die wissenschaftliche und gesundheitspolitische Auseinandersetzung und verschoben den Blickwinkel von der passiven auf die proaktive Seite des Laien. Während Partizipation die aktive Einbindung der Zielperson impliziert, beinhaltet Empowerment die Befähigung der Zielperson zur (Wieder-) Erlangung seiner Autonomie und zum Selbstmanagement (Faller 2008, Kliche & Kröger 2008). Empowerment bildet wiederum die Grundlage für Shared Decision Making (Faller 2003); nur ein informierter Betroffener kann sich konstruktiv in Entscheidungen einbringen und aktiv zur Therapiegestaltung beitragen. Für die Umsetzung von Shared Decision Making und Empowerment in der Praxis ist ein qualitativ hochwertiger Informationsprozess für Rehabilitanden und Ärzte von entscheidender Bedeutung (ebd.); die Optimierung der Informationsqualität und des (überregionalen) Informationsflusses ist folglich von großer

Wichtigkeit (Steckelberg et al. 2005). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien können dabei Schnittstellen im Versorgungsablauf überbrücken (ebd.).

Innerhalb der deutschen Bevölkerung stieg die generelle Nutzung des Internets in Hinblick auf gesundheitsbezogene Themen zwischen 2005 und 2007 von 44% auf 57% an; 47% der Befragten betrachten das Internet als wichtigstes Informations- und Kommunikationsmedium im Kontext der Gesundheitsversorgung. So lauten u.a. die Ergebnisse der EU-geförderten Studie „eHealth-Trends 2005-2007“, in der etwa 1000 Bundesbürger im Alter zwischen 15 und 80 Jahren zu ihrem gesundheitsspezifischen Onlineverhalten befragt wurden (Kummervold et al. 2008, Lausen et al. 2008, Prokosch 2008). Nach Cain et al. (2000) ist grundsätzlich zwischen folgenden drei User-Typen zu unterscheiden (vgl. Rossmann 2010, Seite 346):

- 1.) „The Well“, sprich die Gesunden (60%): Sie suchen im Internet vorrangig nach Informationen zu Prävention und/ oder Wellness.
- 2.) Die Neudiagnostizierten (5%): Sie suchen in der Zeit nach Diagnosestellung insbesondere nach spezifischen krankheitsbezogenen Informationen sowie
- 3.) die chronisch Kranken und ihre Angehörigen/ Betreuer (35%): Sie suchen häufiger nach Gesundheitsinformationen als die Gesunden und haben eine stärkere Bindung an das Internet.

Nach Studienergebnissen zum Online-Einsatz in Arztpraxen sind 64% der Mediziner im Durchschnitt drei Stunden pro Woche auf der Suche nach medizinischen Informationen (88%) oder Fachartikeln (72%, Boston Consulting Group 2003). Diese Entwicklungen kennzeichnen den steigenden Bedarf auf beiden Seiten des Versorgungssystems (Betroffene und deren Angehörige vs. Professionelle) und gehen mit einer starken Zunahme gesundheitsbezogener Angebote im Internet einher: Allein in Deutschland werden laut Schätzungen mehr als eine halbe Million Webpages mit gesundheitsbezogenem Inhalt vorgehalten (KBV 2012); die Qualität der Webseiten variiert dabei allerdings sehr stark (Schulz et al. 2011). Viele Seiten bieten oberflächliche, veraltete, nicht strukturierte und/ oder in der Qualität nicht nachvollziehbare Informationen an; Meinungen von Laien finden sich vermischt mit Aussagen von Fachleuten oder Produzenteninformationen (Zeger 2005). In Abbildung 1 sind die derzeit „nachgefragtesten“ deutschen Gesundheitsportale und deren Zugriffsraten benannt; hierbei handelt es sich allerdings um allgemeingültige, wenig spezifische Portale, die in mehr oder weniger strukturierter Art und Weise Informationen über Krankheiten und Medikation, aber auch weniger assoziierte Themen -wie z.B. Schwangerschaft- vorhalten. Darüber hinaus werden diverse Plattformen zum Austausch (Foren) angeboten; aber auch die

Suche nach Ärzten und die Bewertung der aufgefundenen/ aufgesuchten Praxen ist möglich (z.B. Jameda):

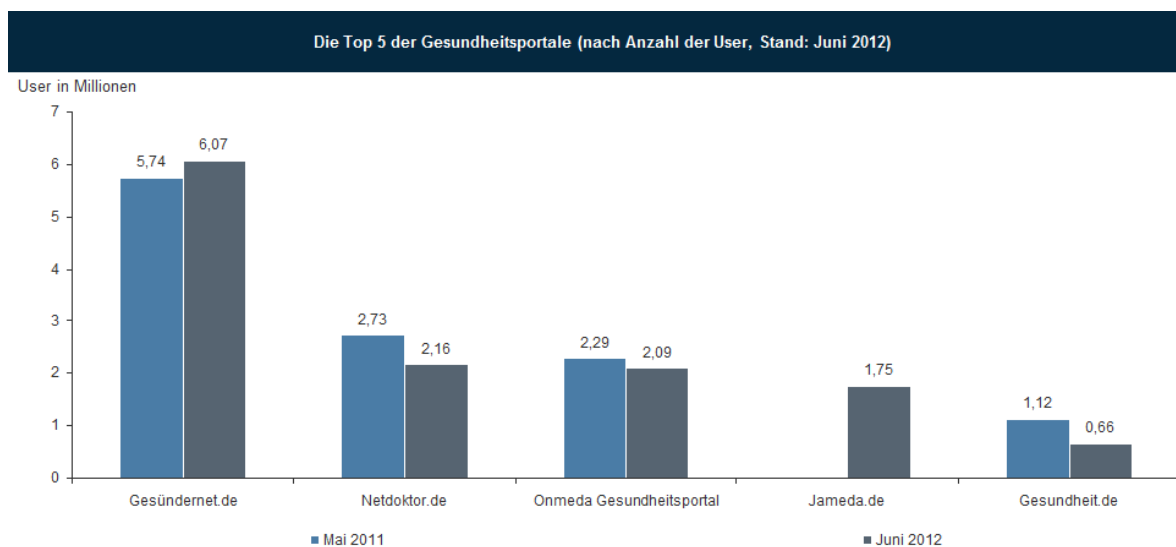


Abbildung 1: Deutsche Gesundheitsportale - Top 5

Die Schlagwort-Suche „Reha-/ Nachsorge“ führte innerhalb der fünf wichtigsten deutschen Gesundheitsportale (vgl. Abbildung 1) zu ganz unterschiedlichen, unterm Strich aber wenig effektiven Trefferquoten: Auf „Gesundernet.de“ erhält man beispielsweise 110 Querverweise auf Seiten, die vorrangig Einrichtungsbewertungen (aus Rehabilitanden-Sicht) beinhalten; „Gesundheit.de“ generiert die wenigsten, nämlich lediglich 5 Treffer, die mehr oder weniger lose mit dem Thema verknüpft sind. Zu eindeutigen Reha-Nachsorgeangeboten führte keine der Abfragen.

Vor dem Hintergrund einer fehlenden (systematischen) Synopse verfügbarer Reha-Nachsorgeangebote wurde -gefördert von der DRV Bund- am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (ISE) der Universität zu Lübeck (Leitung: Prof. Dr. A. Katalinic) innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre (ab Dezember 2010) auf der Basis einer systematischen Übersichtsarbeit der Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge ([www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de)) realisiert; wissenschaftliche Konzeption und deren Umsetzung sind nachfolgend beschrieben.

## 2 Aufgaben, Ziel und Fragestellungen

Vor dem benannten theoretischen Hintergrund liefert das webbasierte Zentrum Reha-Nachsorge ([www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de)) eine Systematik zu bundesweit verfügbaren Reha-Nachsorgeangeboten, bietet die Möglichkeit des Vergleichs zwischen ihnen und unterstützt somit die bedarfsorientierte Auswahl und Versorgung: Einerseits können sich Nachsorge-Anbieter (z. B. Kliniker, Kostenträger) niedrigschwellig über eine geeignete indikationsspezifische Reha-Nachsorgestrategie für Patienten mit konkreten Problemlagen informieren. Rehabilitanden können andererseits bereits im Vorfeld ihrer Behandlung bzw. noch während ihres Reha-Aufenthalts vergleichend prüfen, welche Nachsorgestrategie am besten zu ihrer Lebenssituation und Motivationslage passt und ob diese am Wohnort verfügbar ist. Gleichsam können langfristig Versorgungslücken innerhalb des bestehenden Reha-Nachsorgeangebots, etwa für spezielle Krankheitsbilder und bestimmte Personengruppen, sowie regionale Unterversorgung erkannt und Aktivitäten zur Belegung des Reha-Nachsorgeangebots initiiert werden. Allen voran geht die wissenschaftliche Aufarbeitung der Thematik. Der *Aufgabenbereich* des Zentrums Reha-Nachsorge ist also im Wesentlichen auf folgenden drei Ebenen angesiedelt: (1) Informationsvermittlung, (2) Service und (3) Wissenschaftlicher Support.

### *1. Informationsvermittlung*

In die medizinische Rehabilitation und Nachsorge von Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen und Einschränkungen sind nicht nur medizinische Einrichtungen wie niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und Rehabilitationseinrichtungen sondern auch zahlreiche Sozialdienste und Selbsthilfegruppen integriert. Das entwickelte Internetportal [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) dient sowohl Betroffenen (Rehabilitanden und deren Angehörige) als auch Anbietern (Ärzte, Therapeuten) als Kommunikations- und Wissensplattform.

### *2. Service*

Im Downloadbereich findet sich der sogenannte „Materialschrank“, jeweils für Rehabilitanden und professionelle Nutzer spezifisch bestückt: Hier kann z.B. auf nachsorgespezifische Manuale und indikationsspezifische Selbstdokumentationsheftchen zugegriffen werden.

### *3. Wissenschaftliche Arbeiten und wissenschaftlicher Support*

Folgende Schwerpunkte lassen sich hierunter zusammenfassen: Die Erarbeitung eines Qualitätsprofils zur wissenschaftlichen Bewertung von Reha-Nachsorgeprogrammen,

die Vorbereitung der Sammlung und Synopse für den Aufbau des Internetportals (systematische Übersicht) sowie die Erhebung des aktuellen Optimierungsbedarfs.

In Entsprechung der formulierten Aufgabenfelder wurden folgende übergeordnete *Ziele* für das durchgeführte Projekt formuliert:

- a) Die strukturierte (möglichst vollständige) Erfassung von in Deutschland vorhandenen Reha-Nachsorgeangeboten (Angebotsebene) sowie
- b) die systematische Sichtung der entsprechenden Literatur (Evidenzebene).
- c) Die Prüfung der Qualität auf Angebots- und Evidenzebene.
- d) Die Bereitstellung der Ergebnisse (Synthese) auf der entwickelten Webpage [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de).

Folgende *Forschungsfragen* lagen dem Vorhaben zu Grunde:

1. Wie viele und welche Reha-Nachsorgeprogramme lassen sich durch die systematische Übersichtsarbeit erfassen?
2. Welche Schlussfolgerungen können in Hinblick auf etwaige Versorgungslücken gezogen werden?
3. Welche praktischen Empfehlungen sind hinsichtlich der Umsetzung und der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit abzuleiten?

### 3 Änderungen in der Projektplanung

In Abweichung zum Projektantrag also zum Zeitpunkt der Erstplanung ergab sich bei Durchführung des Vorhabens Änderungsbedarf in Bezug auf folgende vier Punkte:

#### A) Begriffsbestimmung

In Kooperation mit den Mitgliedern des Projektbeirats wurde -in einem mehrstufigen Verfahren (abschließende Konsensfindung: 30.09.2011 im IfSM<sup>2</sup> in Lübeck)- eine Begriffsbestimmung<sup>3</sup> konsentiert. Diese wurde als Grundlage für die (systematische/ einheitliche) Auswahl (Selektion) relevanter, einzuschließender Reha-Nachsorgeangebote herangezogen: Reha-Nachsorgeangebote müssen die Anforderungen (Abschnitt I) sowie keines der definierten Ausschlusskriterien (Abschnitt II) erfüllen, um in die Datenbank des Zentrums Reha-Nachsorge aufgenommen zu werden. Dieser Arbeitsschritt war nötig, um die Wissenschaftlichkeit und Seriosität der Homepage zu wahren: Derzeit kann nicht von einer einheitlichen Verwendung des Begriffs „Reha-Nachsorge“ ausgegangen werden; stattdessen wird ein heterogener Mix aus Angeboten, Konzepten und Maßnahmen der verschiedensten Anbieter subsummiert.

#### B) Kooperationsbereitschaft seitens der gesetzlichen Krankenkassen

Für das vorliegende Projekt war geplant, neben der Deutschen Rentenversicherung auch andere Kostenträger (z.B. Krankenkassen) einzuschließen. Deshalb wurden beim Screening der Kostenträger am 28.07.2011 auch n = 160 gesetzliche Krankenkassen (Listung der GKV mit Stand vom 06.07.2011) angeschrieben und gebeten, sich am Screening zu beteiligen. Vom Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung erhielten wir daraufhin die Rückmeldung, dass die gesetzlichen Krankenkassen einer Zusammenarbeit nicht zustimmen; weitere Kooperationsversuche erzielten keine Änderung dieser Entscheidung (vom 26.09.2011).

Für den Aufbau des Reha-Nachsorgezentrums bedeutet dies: Bislang sind keine Angebote der Krankenkassen systematisch erfasst; das Screening blieb hier erfolglos. Die Krankenkassen bleiben -trotz dieser Entscheidung- jedoch als potentielle Kostenträger relevant; das bedeutet ein aktiver Ausschluss und die Definition eines entsprechenden Selektionskriteriums wurde nicht vorgenommen. So besteht -bei Änderung der

---

<sup>2</sup> Heutiges ISE.

<sup>3</sup> Zugriff unter der Homepage im Bereich Downloads: <http://www.nachderreha.de>

Entscheidung und Kooperationsbereitschaft- jederzeit die Möglichkeit, Angebote der Krankenkassen (nachträglich) aufzunehmen bzw. das Screening zu wiederholen.

C) Datenaufbereitung: Telefonische Interviews, Web-Recherchen

Die Entwicklung von Checklisten zur Bewertung der inkludierten Reha-Nachsorgeangebote erwies sich als nicht durchführbar bzw. deren Anwendung als nicht praktikabel. Deshalb wurde im zweiten Jahr der Projektlaufzeit in einem aufwendigen Verfahren innerhalb des Projektbeirats ein ZeReNa-Kriterien-Set zur vergleichenden Beschreibung der Konzept-, Prozess- und Strukturqualität konsentiert. Anschließend fand die systematische Erhebung der detaillierten Informationen innerhalb von standardisierten Telefongesprächen statt: Im Erstscreening wurden hierfür die Kontaktdaten für die entsprechenden Ansprechpartner erhoben; diese wurden kontaktiert und im Rahmen telefonischer Interviews erfolgte die leitfadengestützte Erhebung der Daten; Web-Recherchen ergänzten diesen Bearbeitungsschritt.

D) Aufgrund von Mutterschutz und reduzierter Arbeitszeit innerhalb des Elternjahres (ab August 2013) der wissenschaftlichen Angestellten (Frau Susanne Schramm) im Projekt wurde eine kostenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit bis August 2014 beim Kostenträger beantragt und bewilligt.

## 4 Methodik

Grundlage des durchgeführten Projekts ist eine systematische Übersichtsarbeit (Systematic Review)<sup>4</sup>; die Arbeitsschritte im Einzelnen folgten -mit einer Erweiterung in Hinblick auf den Aufbau der Homepage (Schritt 6)- dem klassischen Vorgehen solcher Arbeiten (vgl. Khan et al. 2004):

1. Formulierung der konkreten Fragestellung (siehe dazu Abschnitt 2)
2. Definition der Selektionskriterien
3. Evidenzsuche und Selektionsprozess
4. Kritische Bewertung
5. Aggregation und Extraktion der Daten
6. Synthese (Aufbau des Web-Portals)
7. Schlussfolgerung und Berichterstellung.

In den folgenden Abschnitten sind die einzelnen Bearbeitungsschritte ausführlich beschrieben, dabei werden an entsprechender Stelle jeweils die methodischen Besonderheiten herausgestellt: Dies betrifft in diesem Projekt insbesondere Schritt 4. Da die konkreten Fragestellungen bereits im vorstehenden Abschnitt beschrieben sind, wird nachfolgend direkt mit Punkt 2 begonnen.

### 4.1 Definition der Selektionskriterien

Eine Abfrage der Suchmaschine Google mit den Schlagworten „Reha-Nachsorge“ und „Deutschland“ liefert aktuell 3.770.000 Ergebnisse (Zugriff am: 16.03.2014); die inhaltliche Heterogenität der Treffer ist dabei bezeichnend: Unter dem Begriff Reha-Nachsorge subsummiert sich eine immense Fülle von variablen Angeboten und Maßnahmen; diese reichen von professionellen Programmen über wissenschaftliche, evaluierte Ansätze bis hin zu unprofessionellen Offerten. Eine Differenzierung zwischen relevanten und irrelevanten Reha-Nachsorgeangeboten -wie für den wissenschaftlichen Aufbau des Zentrums Reha-Nachsorge erforderlich- war ohne vorhergehende Begriffsbestimmung

---

<sup>4</sup> Sekundärforschung, bei der zu einer klar formulierten Frage alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet und die Ergebnisse extrahiert und deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ (Meta-Analyse) zusammengefasst werden. Nicht jeder systematische Review führt zu einer Meta-Analyse ([www.cochrane.de/de/glossary.htm#s](http://www.cochrane.de/de/glossary.htm#s)).



nicht möglich. Da eine solche nicht vorlag, erschien die Festlegung einer Definition des Begriffes „Reha-Nachsorge“ aus folgenden zwei Gründen unabdingbar:

A) Trug sie zur Entscheidung über den Aus-/ bzw. Einschluss (Selektion) einer Reha-Nachsorgemaßnahme in das Zentrum Reha-Nachsorge bei und war Basis für die Definition der Selektionskriterien und

B) war eine einheitliche Begriffsverwendung innerhalb der (rehabilitativen) Versorgungslandschaft -nicht zuletzt vor dem Hintergrund der bundesweiten Vernetzung aller Akteure-anzustreben (Dissemination).

In einem 2-rundigen Konsens-Verfahren (1. Runde: mündlich am 30.09.2011, 2. Runde: schriftlich am 06.02.2012) wurde deshalb in Kooperation mit dem ZeReNa-Projektbeirat<sup>5</sup> eine solche Definition erarbeitet (siehe Anhang A). Die Finalversion ist in 3 Abschnitte untergliedert: Zu inkludierende Reha-Nachsorgeangebote müssen die formulierten Mindestanforderungen in Abschnitt I sowie sollen keines der definierten Ausschlusskriterien (Abschnitt II) erfüllen; Abschnitt III fasst die Bereiche zusammen, für die -aufgrund begrenzter Ressourcen- zunächst keine spezifischen (Online-) Recherchen durchgeführt wurden.

Der Inhalt der Begriffsbestimmung soll hier nicht wiederholt werden; im nachfolgenden Abschnitt sind die wichtigsten Auswahlkriterien der Einfachheit halber in Anlehnung an das PICO-Schema<sup>6</sup> dargestellt; Abbildung 2 gibt schließlich einen zusammenfassenden Überblick:

### ***Population***

Eingeschlossen wurden ausschließlich in Deutschland durchgeführte Studien (Publikationszeitraum ab 2000) -sowohl in deutscher als auch englischer Sprache- an erwachsenen Patienten<sup>7</sup> (Männer und Frauen) mit chronischen Erkrankungen

---

<sup>5</sup> n = 8 aktiv beteiligte Teilnehmer: Dr. S. Brüggemann, Dr. R. Deck, Dr. I. Ehlebracht-König, Professor H. Faller, Dr. N. Glaser-Möller, Herr KH Köpke, Professor T. Kohlmann, Frau Dipl. Psych. S. Schramm

<sup>6</sup> Im Ursprung als Hilfsschema für die Formulierung einer klinischen Fragestellung zur Wirkung von Interventionen entwickelt: P (Patient), I (Intervention), C (Comparison, Vergleichsbehandlung), O (Outcome, Zielgröße).

<sup>7</sup> Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Zusammenhang, lag nicht im Fokus von ZeReNa I: Der Ausschluss erfolgte bei Angabe der Begriffe: children (Kinder), adolescents (Jugendliche) bei der Populationsbeschreibung sowie bei Angabe des mittleren Alters  $\leq 18$  Jahre.

(indikationsübergreifend außer Sucht, Geriatrie und Psychiatrie), die vor der Nachsorge einer medizinischen Rehabilitation zugeführt wurden. In welchem Setting -sprich ob diese stationär, ambulant oder teilstationär durchgeführt wurde- war für die Studienauserle irrelevant.

### ***Intervention***

Eingeschlossen wurden Reha-Nachsorgeangebote bzw. -maßnahmen im Rahmen von § 15 SGB VI, § 31 SGB VI oder §44 SGB IX, die -mit angemessenem zeitlichen Bezug- an eine abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation schließen. Beginn, Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation (Kontinuität) richten sich dabei nach Indikation, Konzept und individueller Situation der betroffenen Leistungsnehmer.

### ***Comparison (Studientypen)***

Entsprechend der Zielstellungen a und b (siehe Abschnitt 2) für das hier beschriebene Projekt wurden für die Auswahl der Studien (Evidenz) zunächst keine Einschränkungen in Bezug auf das LoE (Level of Evidence) vorgenommen: Es ging um die systematische (möglichst vollständige) Zusammenstellung bundesweit verfügbarer Reha-Nachsorgeangebote; zunächst unabhängig davon, ob diese evaluiert sind oder nicht.

### ***Outcomeparameter (Zielvariablen)***

Hinsichtlich der Zielkriterien galten keine Einschränkungen; der Fokus der Recherche lag -wie eben erwähnt- nicht auf der Ergebnisqualität von Reha-Nachsorgemaßnahmen.

Kürzel	Kriterium
<b>Proband/ Patient:</b>	
	männliche/ weibliche Erwachsene (keine Kinder),
	Rehabilitanden/ innen,
	alle Indikationen außer Sucht, Geriatrie, Psychiatrie
<b>Intervention:</b>	
	Nachsorgeleistung im Rahmen von § 15 SGB VI, § 31 SGB VI oder §44 SGB IX
	Kostenträger neben RV = Krankenkassen, Berufsgenossenschaften deutschlandweit + zeitnah durchgeführt
<b>(Control)':</b>	
	mit/ ohne (Evidenzlevel I bis VI)
<b>(Outcome/ Zielvariable)':</b>	
	keine Einschränkungen
<b>Sonstiges:</b>	
	Publikationszeitraum ab 2000
<b>Legende:</b>	
1: gilt ausschließlich für Evaluationsstudien	

Abbildung 2: ZeReNa-Selektionskriterien - Zusammenfassung

## 4.2 Evidenzsuche und Selektionsprozess

Um die Vollerhebungswahrscheinlichkeit (Rustenbach 2003) zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen zu maximieren, erfolgte die Suche nach relevanten Reha-Nachsorgeangeboten auf drei unterschiedlichen Wegen: Neben der Abfrage der elektronischen Datenbanken erfolgte eine umfangreiche Handsuche, schriftliche Experten-Konsultationen ergänzten die systematischen Recherchen. Abbildung 3 gibt einen zusammenfassenden Überblick, bevor in den nächsten Abschnitten zu jeder Strategie einzeln Bezug genommen wird:

### Suche auf 3 Wegen



Abbildung 3: ZeReNa-Suchstrategien im Überblick

### EDV-gestützte Recherchen

In den bibliographischen Literaturdatenbanken Embase, Medline und Psyn dex (via Ovid) sowie Pubmed und CCTR 93 (Cochrane Central Register of CTs), CDSR 93 (Cochrane Database of SRs), AR 96 (Deutsches Ärzteblatt) und SOMED (via DIMDI) sowie REHADAT wurden EDV-gestützte Recherchen für den Publikationszeitraum ab 2000 durchgeführt. Die Recherchen erfolgten mittels einer hinsichtlich Sensitivität optimierten 2-Säulen-Suchstrategie. Dazu wurden für jeden Strang folgende Schlüsselbegriffe (als

Mesh-Terms, Medical Subheadings sofern möglich) jeweils in Abhängigkeit der genutzten Datenbank in deutscher und englischer Sprache definiert:

1) Rehabilitation:

rehab\*, secondary/ tertiary prevent\*, intervention

2) Nachsorge:

aftercare/ telephone/ booster/ follow up/ program/ refresher/ Intervallrehabilitation/ fraktioniert/ long term care/ home based/ at home/ community based/ intensiviert/ Sekundärprävention/ Tertiärprävention/ Wirksamkeit/ Evaluation

Beide Suchstränge wurden jeweils durch den Boole'schen Operator „UND/ AND“ verknüpft; innerhalb der Suchstränge erfolgten die Kombinationen über „ODER/ OR“.

Eine erste Abfrage erfolgte im Februar 2011 in der von der National Library of Medicine bereitgestellten Datenbank MEDLINE und wurde in elf Schritte (inklusive Limitierung und automatische Duplikatsfindung) gegliedert. Die Suche in der deutschsprachigen Literaturmedien-Sammlung Somed des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) wurde beispielsweise durch weniger Suchschritte definiert, da sich die Nutzung englischsprachiger Schlüsselbegriffe hier erübrigte; auch für die Suche in REHADAT (Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation, Institut der deutschen Wirtschaft Köln) erübrigte sich der Einsatz englischsprachiger Schlagworte.

Alle aufgefundenen Referenzen wurden in eine Datenbank (Reference Manager) überführt und durchliefen im Anschluss einen zweistufigen Selektionsprozess: Zunächst wurden alle „Treffer“ anhand der Abstracts bzw. der Titel (falls kein Abstract vorhanden) hinsichtlich der definierten Selektionskriterien bezüglich ihrer Relevanz geprüft. Hierbei wurde die Methode des „sicheren Ausschlusses“ angewandt, d.h. Arbeiten die aufgrund der definierten Selektionskriterien im ersten Schritt nicht sicher auszuschließen waren, wurden als Volltext eingesehen. Für alle potentiell relevanten Referenzen wurde im zweiten Schritt ein Volltextscreening angeschlossen.

Aufgrund begrenzter Ressourcen im Rahmen des Projekts wurde das Titel- bzw. Abstractscreening lediglich von einem Beurteiler (SSR) vorgenommen; das Volltextscreening ebenso nur von einer Person (SSR) durchgeführt. Etwaige Unsicherheiten wurden im Konsensprozess innerhalb der Arbeitsgruppe aufgehoben.

### *Handsuche*

Da die Indexierung von Artikeln und Fachzeitschriften in bibliographischen Datenbanken oft nicht genau und meist unvollständig ist (Khan et al. 2004), wurde im vorliegenden

Projekt eine umfangreiche Handsuche angeschlossen, um die zum Thema vorhandene Literatur so gut wie möglich zu vervollständigen. Dazu wurden einerseits die Schriftenbände der rehawissenschaftlichen Kolloquien der DRV (Deutsche Rentenversicherung) sowie die Literaturverzeichnisse einschlägiger Fachzeitschriften (Die Rehabilitation, Das Gesundheitswesen, Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin) systematisch durchgesehen. Andererseits galt es, die Literaturverzeichnisse bereits identifizierter eingeschlossener Arbeiten und thematisch verwandter (auch bereits ausgeschlossener) Übersichtsarbeiten zu sichten („Footnote chasing“). Bei einem potentiell relevanten Hinweis wurde der Volltext in Kopie bestellt und hinsichtlich seiner Relevanz geprüft.

### *Expertenkonsultation*

Die dritte und wichtigste Strategie zur Ermittlung verfügbarer Reha-Nachsorgeprogramme bestand in der Konsultation einschlägig arbeitender Wissenschaftler und Institutionen und wird in der Literatur durch den Begriff „invisible college approach“ definiert (Rustenbach 2003). Dementsprechend wurden im April 2011 deutschlandweit 803 Rehabilitationseinrichtungen, 160 Krankenkassen sowie die zwei Bundes- und 14 regionalen Träger der DRV angeschrieben und um Kooperation gebeten. Die Kontaktadressen der Rehabilitationseinrichtungen entstammten dem BAR-Verzeichnis (3. Auflage, Juli 2008), der Listung des AK Gesundheit e.V. (12. Auflage 2007) sowie dem DGPR-Verzeichnis (2004; abzüglich der jeweiligen Schnittmengen).

Der dem Anschreiben beigefügte Erhebungsbogen (ZeReNa-Screeningbogen) findet sich in Anhang B. Er wurde innerhalb der interdisziplinären Arbeitsgruppe entworfen und vorab einer Prä-Testung (n = 100) unterzogen. Um die Rücklaufquote für das bundesweite Screening zu erhöhen und maximale Beteiligung zu erzielen, folgte nach einem Zeitraum von etwa acht Wochen jeweils ein Erinnerungsschreiben an die Nonresponder. Die durch die schriftlichen Konsultationen aufgefundenen Hinweise durchliefen anschließend ebenfalls den oben beschriebenen Selektionsprozess.

## **4.3 Kritische Bewertung**

Für das hier beschriebene Projekt muss hinsichtlich der kritischen Bewertung auf zwei Ebenen unterschieden werden: Einerseits geht es um die klassische methodische Bewertung auf Studienebene (Evidenzbewertung); andererseits -auf

Angebotsebene- um eine vergleichbare Bewertung der inkludierten Reha-Nachsorgeprogramme:

#### A) Methodische Bewertung auf Studien- bzw. Evidenzebene

Beim sogenannten „critical appraisal“ geht es grundsätzlich um die Beurteilung der methodischen Qualität aller eingeschlossenen Publikationen, insbesondere der potentiellen Evaluationsstudien, um im Einzelfall Schlussfolgerungen zur Validität der Ergebnisse ableiten zu können und mögliche Quellen systematischer Verzerrungen (Bias)<sup>8</sup> zu identifizieren. Die Bewertung der Qualität aufgefundener Evidenz erfolgte diesbezüglich in zwei Schritten:

1) Zunächst wurden das jeweilige Studiendesign und das entsprechende Evidenzlevel der einzelnen Arbeiten bestimmt. Dazu wurde die in Abbildung 4 dargestellte Evidenzhierarchie herangezogen, die dem Vorschlag des Oxford Centre for Evidence-based Medicine folgt:

<b>1a</b>	Systematische Reviews/ Metaanalysen
<b>1b</b>	RCT (randomisierte, kontrollierte Studie)
<b>2</b>	Quasi-experimentelle Studie
<b>3</b>	Kontrollierte Beobachtungsstudie:
<b>3a</b>	Retro- oder prospektive Kohortenstudie mit zeitgleich erhobener oder historischer Kontrolle
<b>3b</b>	Kontrollierte Querschnittsstudie
<b>4</b>	Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe:
<b>4a</b>	Unkontrollierte (klinische) Kohortenstudie, Prä-Post-Design oder Fallserie
<b>4b</b>	Unkontrollierte Querschnittsstudie
<b>(5)</b>	Nichtstudie: Expertenmeinungen, Einzelfallberichte)

Abbildung 4: Evidenzhierarchie

<sup>8</sup> Tendenz der Studienergebnisse, systematisch von den „wahren“ Ergebnissen abzuweichen. Bias führt entweder zu einer Über- oder Unterschätzung der wahren Wirkung einer Maßnahme oder Exposition. Die Ursachen dafür liegen vor allem im Design und der Durchführung der Studie; Ergebnisse aus Studien mit geringem Risiko für Bias werden als valide angesehen (Cochrane-Glossar: <http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar#c>).

2) In einem weiteren Schritt galt es für aufgefundene Evaluationsstudien, die Bewertungen hinsichtlich ihrer Validität vorzunehmen. Dazu wurden gängige, bereits erprobte Instrumente -in Abhängigkeit des jeweiligen Studiendesigns (z.B. STROBE, TREND)- genutzt, um die wichtigsten Quellen für etwaige Verzerrungen zu identifizieren.

### *B) Bewertung der Struktur- und Prozessqualität auf Angebotsebene*

Um den jeweiligen Usern der Webpage einen Vergleich zwischen den inkludierten Reha-Nachsorgeangeboten zu ermöglichen, wurde innerhalb des Projektbeirats ein strukturiertes Qualitäts- bzw. Beschreibungsprofil entwickelt<sup>9</sup>, denn die Qualität eines Versorgungsangebots kann nur dann objektiv bewertet werden, wenn eine allgemein akzeptierte Vorstellung von guter Qualität existiert; dies möglichst in Form von definierten Prüfkriterien (SOLL-Werten), mit denen der IST-Zustand abgeglichen wird (ÄZQ 2001, Geraedts et al. 2002). In Ermangelung an Qualitätskriterien für den Bereich der Reha-Nachsorge wurde im Rahmen des ZeReNa-Projekts (Jahr 2012) ein Set relevanter indikationsübergreifender, allgemeingültiger Qualitätskriterien entwickelt; dabei lag den Vorüberlegungen hierzu folgendes Begriffsverständnis zu Grunde (nach Geraedts et al. 2002):

Versorgungsaspekt: Rehabilitationsnachsorge (Intervention)

Dimension: Dem von Avedis Donabedian eingeführten Schema zur Qualitätsbeurteilung in der Medizin folgend, werden mit Qualitätsindikatoren typischerweise Strukturen der Versorgung, Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse beurteilt. Diese Gliederung wird durch die Dimension Konzeptqualität ergänzt (Kliche et al. 2004); Struktur, Konzept- und Prozessqualität bilden somit die grundlegenden Qualitätsebenen und das Fundament wirksamer Reha-Nachsorge (Ergebnisqualität). Diese Unterteilung bildet auch vorliegend die systematische Grundlage; durch die literaturgeleitete Definition und Festlegung von Haupt- und Unterdimensionen wird das Analyseraster ergänzt.

Kriterium: Eigenschaften (z.B. Nahtlosigkeit), deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird (bei positiver Polung).

---

<sup>9</sup> Die entsprechenden Daten hierfür wurden anschließend im Rahmen telefonischer Interviews erhoben.

Indikator: Qualitätsindikatoren sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung bzw. Elemente der einrichtungsinternen Organisation, die zur Bewertung der Qualität verwendet werden können (Marshall & Campbell 2002; Schneider et al. 2003). Die Ausprägungen dieser Prüfkriterien erlauben eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität. Qualitätsindikatoren müssen eindeutig definierte, quantifizierbare Messgrößen sein, die typischerweise mit einem Zähler und einem Nenner versehen sind.

Referenzbereich<sup>10</sup>: Der Referenzbereich ist dasjenige Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Indikators als „gut/ unauffällig“ definiert wird; ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Unter- und Obergrenze zusammenfallen.

Nach Einarbeitung in die zur Verfügung stehenden Methoden wurde für den methodischen Ablauf das RAND/ UCLA-Verfahren (Fitch et al. 2001) adaptiert: Die RAND/UCLA Appropriateness Methode (RAM) wurde in den 1980er Jahren in den USA in Kooperation mit der University of California auf der Basis des Delphi-Verfahrens für die Identifizierung von Über- und Unterversorgung (speziell in Hinblick auf chirurgische Interventionen) entwickelt. Ziel der RAM ist es, die Bewertung eines Sachverhalts durch eine Gruppe von Experten anhand einer Skala von 1 bis 9 zu ermitteln; durch die individuellen, schriftlichen Bewertungen und die 2-stufige Methode (1. Bewertung ohne Gruppendiskussion z.B. vom Arbeitsplatz/Wohnort) wird der Bias durch gruppendynamische Effekte reduziert. Konsens bzw. Dissens hinsichtlich der Bewertungen werden jeweils transparent dargestellt und diskutiert. Auf die RAND/UCLA Appropriateness Methode beziehen sich zahlreiche Publikationen als Methodik zur Erarbeitung von Indikatorsystemen, sie hat sich als international anerkannte, valide Methode in diesem Kontext etabliert; die Reproduzierbarkeit der ermittelten Ergebnisse stimmt mit derjenigen diagnostischer Tests überein (Campbell et al. 2003, Shekelle et al. 2001). Im Kontext des vorliegenden Projekts wurde das originale RAND/ UCLA-Verfahren an einigen Stellen variiert bzw. erweitert (siehe hierzu ausführlich Abschnitt 5.1).

---

<sup>10</sup> Aus Ermangelung einer entsprechenden empirischen Datengrundlage sowie begrenzter Ressourcen wurden im Rahmen des Projekts (zunächst) keine entsprechenden Referenzbereiche definiert.



#### 4.4 Aggregation und Extraktion der Daten

Um die Forschungsfragen (Kapitel 2) beantworten zu können und Schlussfolgerungen entsprechender Relevanz formulieren zu können, mussten die Daten zunächst systematisch aggregiert werden. Dabei ist für das vorliegende Projekt -entsprechend der verschiedenen Suchstrategien- zwischen aufgefundenen Reha-Nachsorgeprogrammen und Evaluationen derselben bzw. der aufgefundenen Evidenz zu differenzieren:

##### *Kodierung (für Datenbankrecherchen, Handsuche):*

Um die Fülle der Daten entsprechend zu verwalten, wurden zunächst alle eingeschlossenen Arbeiten hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit gruppiert und Mehrfachpublikationen ein und derselben Studie identifiziert. Für jedes Reha-Nachsorgeprogramm wurde in Folge ein Kürzel festgelegt unter dem alle einzuschließenden Primärunterlagen subsummiert wurden: Sofern kein etabliertes Kürzel wie zum Beispiel IRENA oder KAROLA zur Verfügung stand, wurde der Erstautor in Kombination mit dem Publikationsdatum (z.B. Sterdt et al. 2010) verwendet. Enthielt eine Publikation exakt dieselben Daten und konnten ihr keine neuen Erkenntnisse entnommen werden, wurde sie als irrelevante Mehrfachveröffentlichung (Duplikat) kenntlich gemacht und von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen. Artikel die jedoch ergänzende, noch bislang unbekannte Informationen enthielten blieben eingeschlossen.

##### *Datenextraktion (für Datenbankrecherchen, Handsuche):*

Die Extraktion der relevanten Daten aus den aufgefundenen Publikationen folgte den vier Schwerpunkten:

1. Kodierung und Identifikation der Studie,
2. Extraktion der Studiencharakteristika (bei Evaluationsstudien),
3. Methodische Qualität sowie
4. Ergebnisse bzw. Informationen zum Reha-Nachsorgeprogramm.

Alle exzerpierten Informationen wurden in eine eigens dafür angelegte Evidenztabelle überführt. Um Fehleingaben weitestgehend zu identifizieren, wurde die Dateneingabe stichprobenweise auf Plausibilität geprüft. Etwaige Inkonsistenz der berichteten Angaben bzw. Daten in den Publikationen wurden durch Anfrage bei den Autoren zu klären versucht.

### *Telefonische Interviews (für Konsultationen):*

Als Ergebnis des Erstscreenings der bundesweit etablierten Reha-Einrichtungen (n=803) resultierten die Kontaktdaten der zuständigen Ansprechpartner für die einzelnen Reha-Nachsorgemaßnahmen. Diese galt es in einem weiteren Arbeitsschritt telefonisch zu kontaktieren, um die relevanten Detailinformationen für das Beschreibungsprofil zum jeweiligen Reha-Nachsorgeprogramm zu erheben. Zur Standardisierung der Telefoninterviews wurde auf Basis der 35 konsentierten Bewertungskriterien ein Leitfaden (Anhang D) entwickelt und die Hilfswissenschaftlichen Mitarbeiterinnen (AS, VL) vorab entsprechend geschult. Die Daten wurden während des etwa 40-minütigen Telefonats jeweils direkt in die ZeReNa-Datenbank (Auszug siehe Abbildung 5) überführt; hier sammelten sich alle im Zentrum Reha-Nachsorge aufgenommenen Reha-Nachsorgeangebote.

The screenshot shows a web browser window with the title 'TelefonInterview (2)'. The browser's address bar shows the URL 'http://www.zerena.de'. The page has a navigation menu with tabs: 'Start', 'Adresse / Kontakt', 'Allgemeines', 'Beschreibung', 'Rahmenbedingungen', 'Ausstattung', 'Information, Konzeptqualität', 'Qualitätssicheru...', and 'Externe Vernetzung / Ressourcen'. The main content area contains the following form sections:

- Programmname und Kürzel:** Two input fields for 'Programmname' and 'Kürzel'.
- Kontakt Daten Ansprechpartner (Programm-Ebene):** Input fields for 'Anrede/ Name', 'Telefon', 'Mail', and 'Sprechzeiten'.
- Ort der Durchführung:** Input fields for 'Name', 'Name2', 'Strasse', 'PLZ', and 'Ort'.
- Termine und Treffpunkt:** Input fields for 'Termine (Datum)', 'Uhrzeit', and 'Treffpunkt'.
- Sonstiges/ Anmerkungen:** A large text area for notes.

A blue button labeled 'weiter' is positioned at the bottom right of the form.

Abbildung 5: ZeReNa-Datenbank - Auszug

#### 4.5 Aufbau des Web-Portals (Synthese)

Einfache und umfassende Patienteninformation bildet die Grundlage für Empowerment und Partizipation (siehe Abschnitt 1); dementsprechend wurde für Rehabilitanden und deren Angehörige ein getrennter, nutzerorientierter Zugriff eingerichtet:

Die nachfolgende Abbildung 6 gibt zunächst einen zusammenfassenden Überblick über den technischen Aufbau der ZeReNa-Homepage, der Datenbanken und des Webserver:

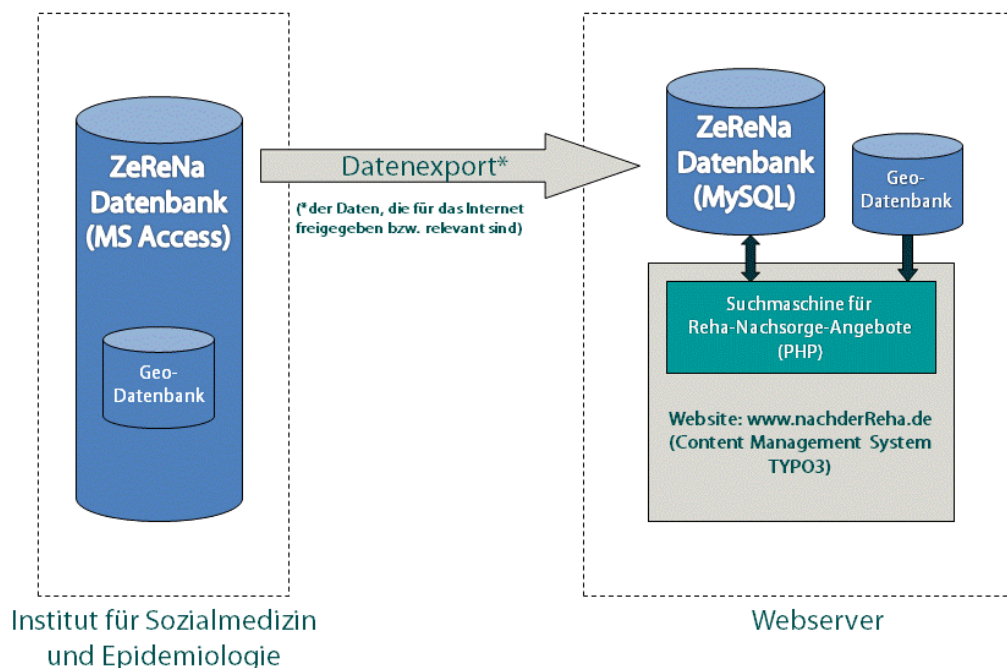


Abbildung 6: ZeReNa-Homepage/ Webserver Aufbau

Die ZeReNa-Datenbank, welche die gesammelten Informationen zu den Reha-Nachsorgeangeboten enthält, liegt im MS Access-Format auf einem Server im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie. Die für die Umkreissuche (siehe unten) benötigten geographischen Daten werden über eine Datentabelle, nachfolgend Geo-Datenbank genannt (siehe Abbildung 6), bereitgestellt. Sie wurde in die ZeReNa-Datenbank integriert. Von der (vollständigen) institutsinternen ZeReNa-Datenbank findet ein limitierter Datenexport zur MySQL-Datenbank auf den Webserver statt. Auf dem Webserver befinden sich außerdem die Homepage im Content Management System TYPO3 und die Suchmaschine in der Programmiersprache PHP.

*Geo-Datenbank:*

Die Geo-Datenbank wird für die Umkreissuche benötigt, um die inkludierten Reha-Nachsorgeangebote mit Angaben zu ihrer geographischen Lage ausstatten zu können. Außerdem werden die Ausgangsorte, die später vom Benutzer bei der Umkreissuche eingegeben werden, darüber mit den geographischen Daten verknüpft. Die verwendete Geo-Datenbank ist aus den OpenGeo-Datenbanken: de.tab und plz.tab entstanden (beide Stand: April 2012). Die Datenbanken werden z.B. unter: <http://fa-technik.adfc.de/code/opengeodb/> (letzter Zugriff: 14.03.2014) zum Download angeboten. Das Projekt OpenGeoDB ist Public Domain (OpenGeoDB 2010).

Beide Dateien (de.tab und plz.tab) enthalten jeweils eine Tabelle mit Orten in Deutschland und halten einen unterschiedlichen Umfang an Informationen vor. Die Tabelle in der Datei de.tab ist deutlich umfangreicher als die Tabelle in der Datei plz.tab. Für die Umkreissuche sind Informationen, wie zum Beispiel Vorwahl, Einwohnerzahl oder Fläche nicht relevant. Aus diesem Grund wurde die Tabelle (de.tab) auf folgende relevante Spalten reduziert:

Tabelle 1: de.tab - Relevante Spalten

Spaltenname	Erläuterung
loc_id	eindeutige ID
plz	Postleitzahl
name	Ortsname
typ	Typ: z.B. Ortsteil, Gemeinde oder Stadt
lat	Geographische Breite bzw. Breitengrad
lon	Geographische Länge bzw. Längengrad

Die zweite Datei (plz.tab) enthält –mit einer Ausnahme (Typ)- die relevanten Spalten; fehlende Postleitzahlen wurden somit aus dieser Tabelle ergänzt. In der resultierenden Geo-Datenbank wurden anschließend inkonsistente Daten entfernt, sie enthält nach Bereinigung 58.399 Datensätze zu Orten in Deutschland.

Damit der Suchalgorithmus bzw. die Distanzberechnungen effizient ablaufen können (siehe: Implementierung des Suchalgorithmus) wurde die Geo-Datenbank im nachfolgenden Schritt um drei Spalten mit vorberechneten Werten (Tabelle 2) erweitert:

Tabelle 2: Spaltenerweiterung der Geo-Datenbank

Spaltenname	Erläuterung
koordx	x-Koordinate im kartesischen Koordinatensystem
koordy	y-Koordinate im kartesischen Koordinatensystem
koordz	z-Koordinate im kartesischen Koordinatensystem

Die Geo-Datenbank wurde in die ZeReNa-Datenbank integriert, um Reha-Nachsorgeangebote direkt während der Eingabe innerhalb der telefonischen Interviews mit geographischen Daten ausstatten zu können. Außerdem ist die Geo-Datenbank als Tabelle in der MySQL-Datenbank auf dem Webserver/Datenbankserver enthalten (vgl. Abbildung 14). Sie wird an dieser Stelle für die Durchführung der Umkreissuche benötigt, um geographische Daten zu den von den Benutzern eingegebenen Orten bereitzustellen.

#### *ZeReNa-Datenbank:*

Hauptbestandteil der ZeReNa-Datenbank sind die Qualitäts- bzw. Beschreibungsprofile der inkludierten Reha-Nachsorgeangebote. Über acht zusammenhängende Register (Steckbrief, Beschreibung, Rahmenbedingungen, Ausstattung, Ressourcen, Qualitätssicherung, Informationen und Konzeptqualität) kann das komplette Profil jeweils eines Reha-Nachsorgeangebots erfasst werden. Auf dem Webserver liegt die ZeReNa-Datenbank im MySQL-Format vor; die Daten werden von der Suchmaschine abgerufen und in den einzelnen Registern auf der Homepage dargestellt.

#### *Suchmaschine (Der „Nachsorgefinder“):*

Die Umkreissuche zum Auffinden wohnortnaher Reha-Nachsorgeangebote basiert auf der Berechnung der Distanz zwischen zwei Orten: Es gibt verschiedene Ansätze, um eine Distanzberechnung durchzuführen (z.B. GeoNames Forum 2006, Mamat 2008, Rubin 2006); für das vorliegend beschriebene Projekt wurde für die Berechnung im kartesischen

Koordinatensystem nach der Vorlage von Mamat 2008 entschieden. Die Ortsangaben aus der Geo-Datenbank mit Angaben zu geographischer Länge und Breite basieren auf dem Kugelkoordinatensystem, in dem vom Äquator ( $0^\circ$  N/S) bis zu  $\pm 90^\circ$  und vom Nullmeridian ( $0^\circ$  W/O / Greenwich-Line) bis  $\pm 180^\circ$  abgetragen werden, um jeden beliebigen Ort auf der Erdoberfläche eindeutig zu bestimmen (Mamat 2008). Für die Berechnung der Entfernung zweier Orte muss in den dreidimensionalen Raum ( $R^3$ ) mit x-, y- und z-Achse gewechselt werden (Mamat 2008). Dafür wurden die Werte (Längen- und Breitengrad) vom Gradmaß ins Bogenmaß ( $360^\circ = 2 \cdot \pi$ ) konvertiert:

$$\text{Längengrad im Bogenmaß: } \lambda = \text{lon} \cdot \pi / 180$$

$$\text{Breitengrad im Bogenmaß: } \phi = \text{lat} \cdot \pi / 180$$

wobei lon  $\triangleq$  Längengrad und lat  $\triangleq$  Breitengrad jeweils im Gradmaß.

Statt des mittleren (volumengleichen) Erdradius = 6371 km (Torge 2002) wird für Deutschland ein mittlerer Erdradius von 6380 km (Radius der Gaußschen Schmiegunskugel) verwendet (Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern 2011). Damit werden die Kugelkoordinaten in das kartesische Koordinatensystem (Korth 2009) umgewandelt und in der Geo-Datenbank gespeichert:

$$\text{koordx} = \text{Erdradius} \cdot \cos(\phi) \cdot \cos(\lambda)$$

$$\text{koordy} = \text{Erdradius} \cdot \cos(\phi) \cdot \sin(\lambda)$$

$$\text{koordz} = \text{Erdradius} \cdot \sin(\phi)$$

Die Umwandlung der Kugelkoordinaten in das kartesische Koordinatensystem erfolgte mit Hilfe eines PHP-Scripts.

Mit den zuvor berechneten Koordinaten kann man die Abstandsformel bestimmen. Die Distanz zwischen zwei Punkten entspricht der Länge des Kreisbogens, welche in der folgenden Abbildung r entspricht. Die Länge des Kreisbogens kann mit der Formel:  $r = R \cdot \varphi$  berechnet werden. R entspricht dem Erdradius und ist folglich bereits bekannt. Der Winkel  $\varphi$  muss über einen kleinen Umweg bestimmt werden, der im Folgenden näher erläutert wird.

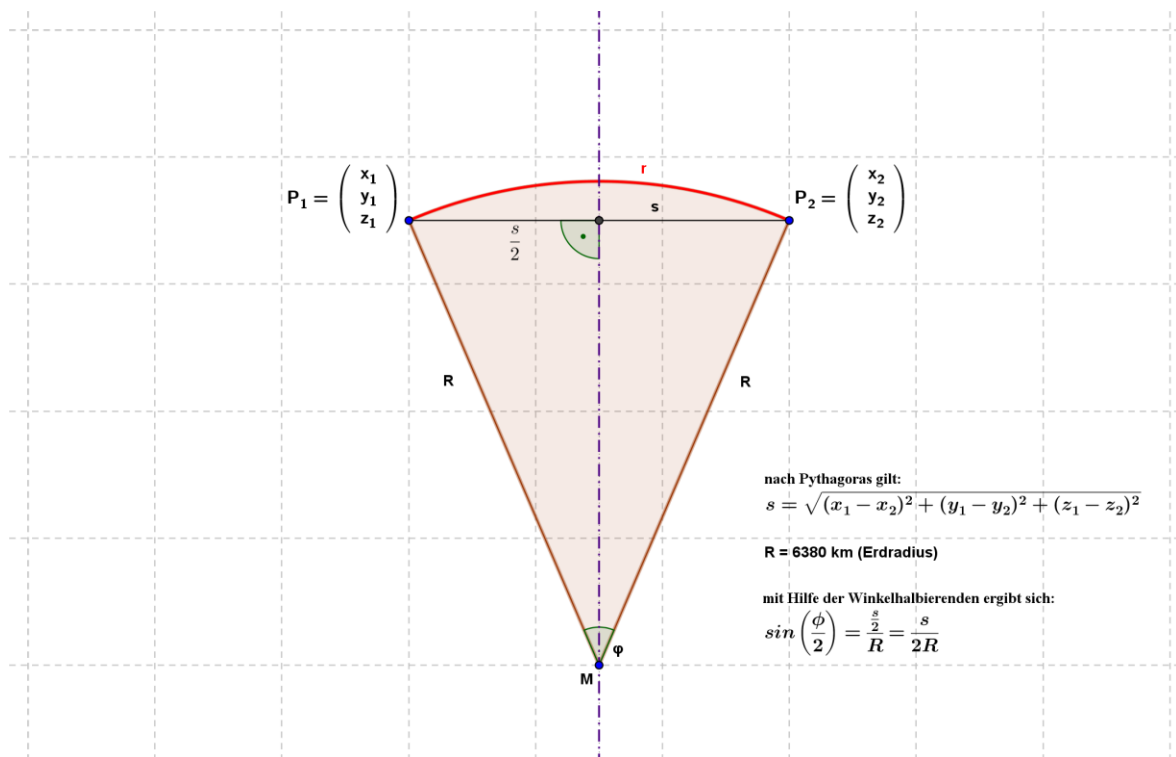


Abbildung 7: Kreisbogen  
(die Formeln und Abbildung 15 wurden erstellt mit (GeoGebra 2012))

Man nimmt an, dass die Erde eine ideale Kugel mit Mittelpunkt M wäre. Um den Abstand bzw. Kreisbogen  $r$  zwischen den Punkten  $P_1$  und  $P_2$  zu berechnen, betrachtet man zunächst den euklidischen Abstand, d.h. die Länge der Strecke  $s$ . Sie lässt sich mit Hilfe des Satzes von Pythagoras berechnen (Filler 2007):

$$s = \sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}$$

Beide Punkte haben dieselbe Entfernung  $R = 6380 \text{ km}$  zum (Erd-)Mittelpunkt M. Gesucht ist der Winkel  $\phi$  am Mittelpunkt, denn der Abstand  $r$  kann mit Hilfe der Formel

$$r = R * \phi \text{ (Papula 2007)}$$

berechnet werden. Für die Berechnung von  $\phi$  verwendet man die Winkelhalbierende von  $\phi$ , welche der Strichpunktlinie in Abbildung 15 entspricht. Dadurch wird das gleichschenklige Dreieck ( $P_1, P_2, M$ ) geteilt und man erhält zwei identische rechtwinklige Dreiecke. In einem der rechtwinkligen Dreiecke lässt sich der Winkel  $\phi/2$  wie folgt mit Hilfe des Sinus des Winkels berechnen (Papula 2007):

$$\sin\left(\frac{\phi}{2}\right) = \frac{\frac{s}{2}}{R} = \frac{s}{2R}$$

Nach  $\phi$  aufgelöst ergibt sich:

$$\sin\left(\frac{\phi}{2}\right) = \frac{\frac{s}{2}}{R} = \frac{s}{2 * R} \iff \frac{\phi}{2} = \arcsin\left(\frac{s}{2 * R}\right) \iff \phi = 2 * \arcsin\left(\frac{s}{2 * R}\right)$$

Eingesetzt in die Formel  $r = R * \phi$  erhält man als Abstandsformel:

$$r = 2 * R * \arcsin\left(\frac{\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}}{2 * R}\right)$$

Nachdem die Abstandsformel bestimmt wurde, konnte mit der Implementierung des Suchalgorithmus fortgefahren werden:

Suchradius und Ausgangsort werden jeweils vom Benutzer festgelegt und die benötigten Koordinaten (koordx, koordy, koordz) aus der Geo-Datenbank abgefragt. Mittels der Koordinaten wird die gesamte Projekt-Datenbank durchsucht, dabei wird für jedes Reha-Nachsorgeangebot die Entfernung zum Ausgangsort (Distanz) bestimmt. Als Ergebnis liefert die SQL-Abfrage alle Reha-Nachsorgeangebote zurück, die sich innerhalb des gewählten Suchradius befinden. Die Ergebnisse werden -aufsteigend nach der Entfernung zum Ausgangsort- sortiert ausgegeben.

Die Distanz zwischen zwei Punkten wird mit Hilfe der Abstandsformel:

$$r = 2 * R * \arcsin\left(\frac{\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}}{2 * R}\right)$$

berechnet (siehe oben). Die nachfolgende Abbildung 16 zeigt einige Äquivalenzumformungen, die eine Laufzeitoptimierung zur Folge haben. Die Variable  $r$  entspricht hier dem Suchradius:



Koordinaten des Ausgangsorts :  $\begin{pmatrix} x_1 \\ y_1 \\ z_1 \end{pmatrix} \hat{=} \begin{pmatrix} \text{koord}x \\ \text{koord}y \\ \text{koord}z \end{pmatrix}$ , Koordinaten eines Nachsorgeangebots :  $\begin{pmatrix} x_2 \\ y_2 \\ z_2 \end{pmatrix}$

Erdradius :  $R$ , Suchradius :  $r$

$$2 * R * \arcsin \left( \frac{\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}}{2 * R} \right) \leq r$$

$$\Leftrightarrow \arcsin \left( \frac{\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}}{2 * R} \right) \leq \frac{r}{2 * R}$$

$$\Leftrightarrow \sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2} \leq \sin \left( \frac{r}{2 * R} \right) * 2 * R$$

$$\Rightarrow (x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2 \leq \left( \sin \left( \frac{r}{2 * R} \right) * 2 * R \right)^2$$

$$A = \left( \sin \left( \frac{r}{2 * R} \right) * 2 * R \right)^2$$

Abbildung 8: Bedingung für die SQL-Abfrage zur Distanzbestimmung (Mamat 2008)

Im PHP-Script wird der Ausdruck A (siehe Abbildung 16) vorberechnet und als Variable `$f_radius` gespeichert. Anschließend wird folgendes SQL-Statement ausgeführt:

```
SELECT *, (POWER(" . $k['koordx'] . " - koordx, 2) + POWER(" . $k['koord'] . " - koordy, 2) +
POWER(" . $k['koordz'] . " - koordz, 2)) AS rDistanz
FROM main
HAVING rDistanz <= " . $f_radius . "
ORDER BY rDistanz
```

- main ist der Name der Tabelle mit den Nachsorgeangeboten
- rDistanz entspricht dem Ausdruck: (POWER(" . \$k['koordx'] . " - koordx, 2) + POWER(" . \$k['koord'] . " - koordy, 2) + POWER(" . \$k['koordz'] . " - koordz, 2))

Für die relevanten Suchergebnisse wird die Distanz (rDistanz) in Kilometer umgewandelt:

```
$dist = (2 * $erdradius) * asin(sqrt($op['rDistanz']) / (2 * $erdradius));
```

Die Suche wird vom Benutzer zusätzlich durch die Auswahl einer Indikation eingeschränkt. Daher wurde das SQL-Statement in der finalen Version um einen Filter ergänzt:

```
SELECT *, (POWER(" . $k['koordx'] . " - koordx, 2) + POWER(" . $k['koordz'] . " - koordz, 2) +  
POWER(" . $k['koordz'] . " - koordz, 2)) AS rDistanz  
FROM main  
WHERE ".$indsp."=true  
HAVING rDistanz <= " . $f_radius . "  
ORDER BY rDistanz
```

- \$indsp ist eine Variable, die die ausgewählte Indikation enthält

Um die detaillierten Informationen für ein aufgefundenes Reha-Nachsorgeangebot in Registern auf der Homepage anzeigen zu können, wurde die Umkreissuche durch einzelne Dateien für jedes Register erweitert; diese sind ebenfalls in PHP programmiert. Es wird eine ID übergeben, mit der die benötigten Informationen aus der Datenbank abgefragt und anschließend auf dem Register ausgegeben werden.

#### *Website [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de):*

Für die Homepage war ein Webserver erforderlich; aus diesem Grund wurde der Internetauftritt des Zentrums Reha-Nachsorge bei der Firma Mittwald CM Service GmbH & Co. KG gehostet. Hierzu wurde ein Hostingpaket (Business MAX 6.0) gemietet und die Domain [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) registriert.

Die Homepage selbst wurde im Content Management System (CMS) realisiert. Es wurde das CMS TYPO3, Version 6.1.3 (Stand: 11.03.2014), verwendet (TYPO3 Association). Für dieses CMS sind viele Erweiterungen (Extensions) erhältlich, die besondere Funktionen bereitstellen welche in der Basisversion nicht enthalten sind. Dadurch kann das CMS sehr gut an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden. Im vorliegenden Projekt wurden folgende Erweiterungen zusätzlich installiert und verwendet:

#### *Name: Searchbox for Indexed Search Engine*

Diese Erweiterung ermöglicht das Einbinden der Suchbox auf jeder Seite in der linken Spalte unter dem Menü.

*Name: Keyword Highlighting*

Mit dieser Erweiterung werden die Suchbegriffe auf den Ergebnisseiten farblich hervorgehoben. Da die Erweiterung in der Originalversion zu einem Fehler im Layout der Seite führte, wurde der Quellcode verändert, so dass Suchbegriffe nur noch in einem definierten Bereich ( `<!--TYPO3SEARCH_begin--> [...] <!--TYPO3SEARCH_end-->` ) markiert werden.

*Name: Drop-Down Site Map*

Die Erweiterung wird verwendet, um die Site-Map zu erstellen und anzuzeigen. Die Site-Map zeigt eine Übersicht über alle einzelnen Webseiten und die Struktur der Homepage.

Die Seiteninhalte sind im TYPO3 angelegt, wobei Seiteninhalte mit zusätzlicher Funktionalität (z.B. Glossar) nicht im Text-Format sondern im HTML-Format enthalten sind. Der Nachsorge-Finder ist als einziger Seiteninhalt nicht im TYPO3 integriert, sondern über einen iframe (inline frame) eingebunden. Ein iframe ist ein HTML-Element, das es ermöglicht, Inhalte aus anderen Quellen in einem festgelegten Rahmen auf der Webseite anzuzeigen; in diesem Fall ist das die Suchmaschine (Nachsorge-Finder).

#### **4.6 Zusammenfassung der Methodik**

Das zusammenfassende methodische Konzept für die Durchführung des Projekts ist in Abbildung 9 dargestellt:

**Aufbau eines nationalen Web-basierten Zentrums „Reha-Nachsorge“ (www.nachderReha.de) – Konzeptpapier**

Übergeordnete Ziele (auch in Hinblick auf die Verstetigung des Projekts <sup>1</sup> ):					
- Transparenz, Dissemination und Fortentwicklung von Forschungsergebnissen zur Nachsorge in die bundesweite Versorgungslandschaft - Steigerung der Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgungsmaßnahmen					
Ziel:	Aufgaben:	Methodik:	Vorarbeiten:		
Erfassung des aktuellen Versorgungsstandes (IST)	1. Bundesweite, proaktive, <b>Sammlung</b> vorhandener Nachsorgeprogramme bzw. -maßnahmen	Systematische Übersichtsarbeit: • Systematische Literaturrecherchen <sup>2</sup> , Handsuche, Expertenkonsultation <sup>3</sup> • 2-stufiger Selektionsprozess <sup>4</sup> :	Definition bzw. Begriffsbestimmung Festlegung einzuschließender Indikationen	Projektbeirat	
	2. <b>Bestandsaufnahme</b>		Indikationsübergreifende Dokumentation: Indikationsspezifische Dokumentation:	Projektbeirat	
	3. <b>Bewertung</b> der eingeschlossenen Nachsorgeprogramme bzw. -maßnahmen	• <b>Methodische Bewertung:</b> Bestimmung des Evidenzgrades <sup>6</sup> Methodische Bewertung mittels standardisierter Bewertungsinstrumente entsprechend des Studiendesigns <sup>7</sup>			
		• <b>Bewertung der inhaltlichen/ prozeduralen Qualität:</b> Expertenkonsens (Delphi-Verfahren): Konsensfindung relevanter nachsorgespezifischer Qualitätsindikatoren:			
		Indikationsübergreifende Dokumentation: Indikationsspezifische Dokumentation:	Festlegung relevanter Kriterien <sup>8</sup> Generierung (leitliniengerechter) Indikatoren Definition von Referenzbereichen	Projektbeirat/ Experten	
Erstellung des jeweiligen (indikationsspezifischen) Qualitäts- bzw. Extraktionsprofils					
Nutzbarmachung	4. <b>Aufbau</b> des Web-basierten Portals	PHP-basiertes serverseitiges Content-Management-System (CMS): • Erprobung + Rückmeldeschleife vor Veröffentlichung ...für die Seite der „Professionellen“ (Kliniker etc.) als User:	Bedarfserhebung hinsichtlich relevanter Informationen, Serviceangebote	Anbieter/ Professionelle	
		...für die Seite der Rehabilitanden/ Angehörige als User:	Generierung der Inhalte für das „Nachsorge-Lexikon“	Betroffene/ Angehörige	
Entwicklung	5. Bestimmung des <b>Optimierungsbedarfs</b>	SOLL-IST-Abgleich: Ableitung des Bedarfs anhand definierter Standards: Indikationsübergreifende Dokumentation: Indikationsspezifische Dokumentation:	Leitlinien-Recherchen Identifikation Therapiestandards	Projektbeirat	

VERSTETIGUNG

<sup>1</sup> Der Projektantrag umfasst die Idee der Verstetigung über das Ende der Projektlaufzeit hinaus (siehe Abschnitt 3.B). Die Erstellung des dafür nötigen Konzeptes würde sich bei Bedarf als Aufgabe 6 anschließen.

<sup>2</sup> Um die Vollerhebungswahrscheinlichkeit zu maximieren, erfolgt eine Abfrage der folgenden bibliografischen Datenbanken: MEDLINE, EMBASE, Psyc.INFO, SOMED, REHADAT.

<sup>3</sup> Bundesweite schriftliche Befragung aller reha-wissenschaftlichen Institutionen und Einrichtungen, insbesondere um nicht veröffentlichte Programme ausfindig zu machen.

<sup>4</sup> 1. nach Titel bzw. Abstract, 2. nach Volltext.

<sup>5</sup> z.B. Kontinuität und Nahtlosigkeit (laut Empfehlung DRV 2008)

<sup>6</sup> Nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine: www.cebm.net

<sup>7</sup> z.B. CONSORT (RCT), STROBE (Beobachtungsstudien)

<sup>8</sup> Nach Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 1998) bzw. nach Altenhofen et al. 2002.

Abbildung 9: ZeReNa - Methodische Umsetzung

## 5 Ergebnisse

Nach Darstellung des ZeReNa-Konsensverfahrens werden die Ergebnisse der Suche nach deutschlandweit verfügbaren Reha-Nachsorgeprogrammen berichtet sowie die Auswertungen der themenspezifischen Evidenz dargestellt. Nachstehend folgen die Auswertungen bezüglich der Synthese, bevor abschließend auf die durchgeführten Usability-Testungen eingegangen wird:

### 5.1 Das ZeReNa-Konsensverfahren zur Entwicklung des Kriterien-Sets

Im Kontext des vorliegenden Projekts wurde schließlich ein adaptiertes RAND/ UCLA-Verfahren angewandt, um vergleichbare Qualitäts- bzw. Beschreibungsprofile für die inkludierten Reha-Nachsorgeangebote abzubilden. Im folgenden Abschnitt ist dieses ausführlich dargestellt, dabei mischen sich teilweise methodische Aspekte mit den Ergebnissen. Da die Konzeption und Durchführung des umfangreichen Konsensverfahrens aber in Abweichung von der Projektplanung erfolgte, halten wir die Darstellung im Ergebnisteil für korrekt(er) verortet.

Abbildung 10 ist zunächst der zusammenfassende Überblick zu entnehmen: Zur Vorbereitung des Starter-Sets wurden im Rahmen unseres Projektes auf der Basis systematischer Recherchen (MEDLINE-Abfrage [am 08.02.2012 via PubMed; Suchstrategie siehe Abbildung 11], Handsuche, ZEFQ-Screening) zunächst potentielle Qualitätskriterien/ -indikatoren zur Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Reha-Nachsorgeprogramme aufgesucht und in eine Access-Datenbank (Ausgangspool der Bewertungskriterien) überführt.

Während die systematische Abfrage der MEDLINE-Datenbank 449 Treffer ergab, wurden 207 (32%) potentiell relevante Referenzen durch die begleitende Handsuche aufgefunden. Bereits im Erstscreening nach Titel- bzw. Abstract (sofern vorhanden) wurden 62% der Referenzen als irrelevant ausgeschlossen, darunter fanden sich 16 Duplikate.

Nach anschließender Sichtung der Volltexte (N = 249) wurden 82 Arbeiten/ Indikatoren-Sets als relevant eingeschlossen; diese bildeten die Grundlage für die Extraktion der potentiellen Qualitätsindikatoren (Basis-Set, n = 3.603).

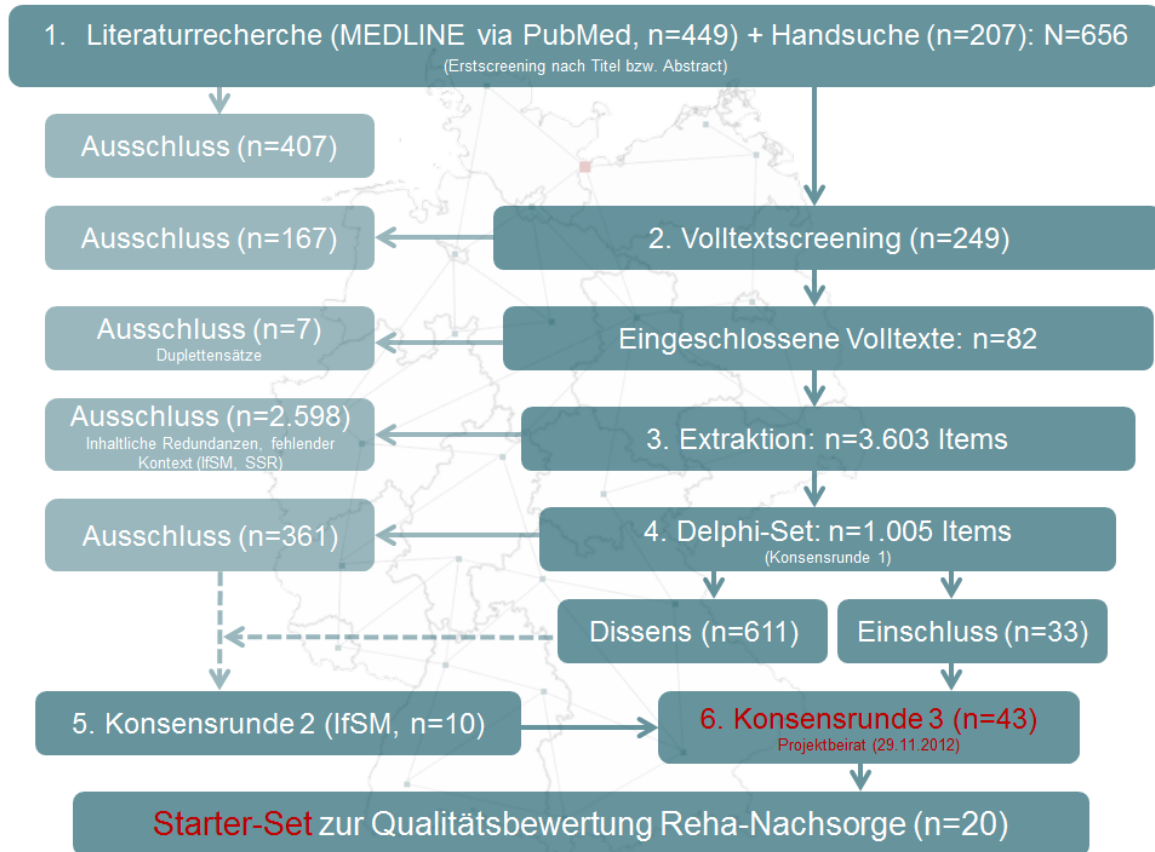


Abbildung 10: ZeReNa-Konsensverfahren zur Entwicklung von QI

**MEDLINE Such Strategie (Abfrage am 08.02.2012 via PubMed)**

SÄULE 1: Aspekt „Qualität“	SÄULE 2: Aspekt „Setting“
quality indicator* [tw]	rehabilitation [tw]
quality criter* [tw]	secondary prevention [tw]
quality measure* [tw]	aftercare [tw]
care standard* [tw]	post rehabilitation [tw]
quality assessment [tw]	
* Wildcard (sucht nach allen denkbaren Endungen)	
tw = Textwort	

Verbindung innerhalb der Säulen mit dem Boole’schen Operator „OR“, Verknüpfung der Säulen mit „AND“

Abbildung 11: MEDLINE-Suchstrategie nach potentiellen QI

Nach Aufbereitung (Bereinigung des Datensatzes um inhaltliche Redundanzen/ Dupletten) wurden die potentiell relevanten Indikatoren (Delphi-Set, n = 1.005) im

weiteren Projektverlauf auf Grundlage einer Adaption<sup>11</sup> der RAND/ UCLA Appropriateness Methode (Fitch et al. 2001) und unter Einbezug von interdisziplinären Experten (ZeReNa-Projektbeiratsmitglieder) in einem 3-stufigen, strukturierten Konsensverfahren (1 schriftliche Runde, 1 interne Runde, 1 mündliches Konsenstreffen) bewertet und in Hinblick auf ihre Relevanz in Bezug auf den rehabilitativen Versorgungskontext -speziell der Reha-Nachsorge- sowie ihrer Praktikabilität/ Machbarkeit und ihrer Eignung für die öffentliche Berichterstattung geprüft.

#### Erste Bewertungsrunde:

*(Elektronische Übermittlung des Starter-Sets + individuelle, EDV-gestützte Bewertung)*

Die Aufgabe eines jeden Beiratsmitglieds (n = 9 aktive Panelmitglieder)<sup>12</sup> bestand darin, die Qualitätskriterien des Delphi-Sets (n = 1.005) eigenständig hinsichtlich der Bewertungskriterien Relevanz, Machbarkeit/ Praktikabilität und Eignung für die öffentliche Berichterstattung zu bewerten<sup>13</sup>.

#### **Relevanz**

Jeder zu bewertende Indikator wurde von jedem Beiratsmitglied separat auf einer Likertskala von 1 (überhaupt nicht relevant) bis 9 (sehr relevant) bewertet; es ergaben sich folgende drei Güteklassen:

---

R = Relevant: Skalenwerte 7-9    U = Unsicher: Skalenwerte 4-6    I = Irrelevant: Skalenwerte 1-3

---

Die Bewertung erfolgte jeweils nach eigenem Sachstand (basierend auf Wissens- und Erfahrungswerten) und ohne Austausch der Beiratsmitglieder untereinander; das Ergebnis jedes Beiratsmitglieds hatte gleiches Gewicht. Folgende Aspekte waren zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen & Rath 2001]): Bedeutung des mit dem QI erfassten

---

<sup>11</sup> Nach dem Original-RAND/UCLA-Verfahren werden zwei Bewertungsrunden zur Erarbeitung, Bewertung und Auswahl von Indikatoren durchgeführt (Engels et al. 2005). Die erste Runde besteht aus einer schriftlichen, postalischen Bewertung, während die zweite Bewertungsrunde im Rahmen eines ein- bis zweitägigen Treffens der Experten durchgeführt wird.

<sup>12</sup> Professor H. Faller, Professor T. Kohlmann (Vertreter Universität); Dr. S. Brüggemann (Frau E. Volke, DRV); Dr. I. Ehlebracht-König (Rheumatologie); PD Dr. G. Langs (Psychosomatik); Herr K. Köpke (ehem. LVA); PD Dr. R. Deck, Dipl.-Psych. S. Schramm (Vertreter ISE)

<sup>13</sup> Ausgangspunkt hierfür war die im RAND/ UCLA-Verfahren angewendete adaptierte Methode zur Bestimmung der Angemessenheit (vgl. Fitch et al. 2001).

Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem (Reha-Nachsorge), QI wird von wissenschaftlicher Evidenz/ professionellem Konsens unterstützt<sup>14</sup>, Nutzenerwägungen unter Berücksichtigung potentieller Risiken/ Nebenwirkungen, Beeinflussbarkeit sowie Differenzierungsgrad: gute/ schlechte Qualität.

Zur interindividuellen Auswertung (vom ISE im Anschluss durchgeführt) wurden:

- a) der Median als Lagemaß und
- b) die Kategorien Konsens/ Dissens (Streuungsmaß)

herangezogen. Dissens kennzeichnete jeweils heterogene Bewertungen, Konsens homogene Bewertungen zwischen den einzelnen Beurteilern. Dissens lag definitionsgemäß vor, wenn jeweils etwa 30% der Bewertungen [ $n \geq 3$  bzw. 4 in Abhängigkeit der Anzahl der Panelmitglieder/ Gruppengröße]<sup>15</sup> abweichend von der Kategorie/ Güteklasse des Medians in die gegenüberliegende Extremkategorie [1-3 bzw. 7-9] fielen und verwies auf fehlenden Konsens und Diskussionsbedarf im Panel. Zusammenfassend ergaben sich somit folgende Optionen für die Bewertung eines Indikators:

	Voraussetzungen:
„Relevanter Indikator“	Median beträgt 7-9, kein Dissens
„Unsicherer Indikator“	Median beträgt 4-6 oder Dissens (unabhängig vom Median)
„Irrelevanter Indikator“	Median beträgt 1-3, kein Dissens

Abbildung 12: Bewertungsmodus Relevanz

Die nachfolgende Abbildung 13 veranschaulicht die beschriebene Auswertungsstrategie an fiktiven Beispielen:

Grundsätzlich wurden nur Indikatoren eingeschlossen/ aufgenommen, für die nach Abschluss der Bewertungsrunde 1 ein Konsens vorlag; konsentiertere irrelevante Indikatoren wurden an dieser Stelle direkt vom Set ausgeschlossen, relevante Indikatoren eingeschlossen und als unsicher geltende Indikatoren zur Diskussion gestellt und nach Konsens (2. Bewertungsrunde intern) aus- bzw. eingeschlossen.

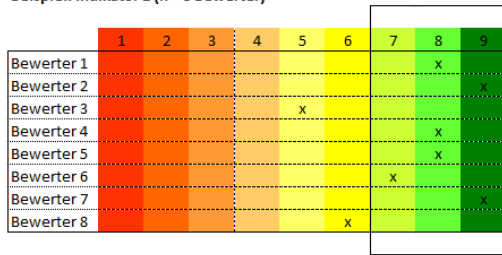
<sup>14</sup> Literaturanalysen waren nicht eigens durchzuführen!

<sup>15</sup> Nach Beteiligung am Verfahren entsprechend festzulegen.



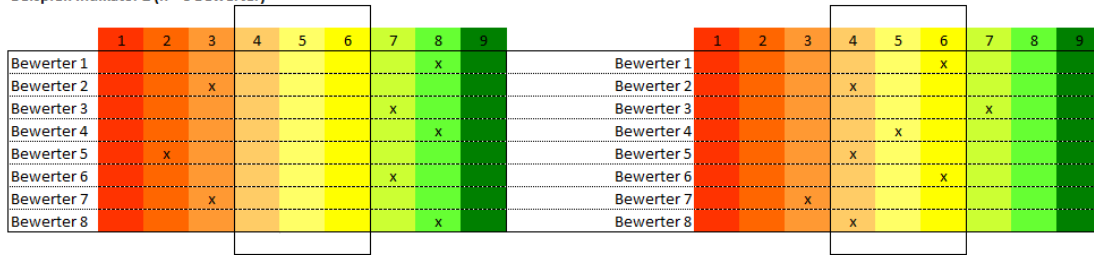
Beispiele für die Bewertung der Indikatoren (gemäß RAND/ UCLA-Verfahren, Fitch et al. 2001)

Beispiel: Indikator 1 (n = 8 Bewerter)



Ergebnis: Median = 8, Konsens (Indikator = relevant)

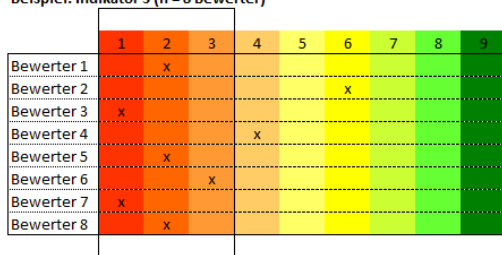
Beispiel: Indikator 2 (n = 8 Bewerter)



Ergebnis: Median = 7, Dissens (Indikator = unsicher)

Ergebnis: Median = 4,5, Konsens (Indikator = unsicher)

Beispiel: Indikator 3 (n = 8 Bewerter)



Ergebnis: Median = 2, Konsens (Indikator = irrelevant)

Legende:

- 1: überhaupt nicht relevant
- 9: sehr relevant
- 1-3: Irrelevant
- 4-6: Unsicher
- 7-9: Relevant

Abbildung 13: Bewertungsbeispiele zur Veranschaulichung

**Praktikabilität/ Machbarkeit**

Jeder zu bewertende Indikator wurde von jedem Beiratsmitglied -unabhängig von der Beurteilung hinsichtlich des Kriteriums der „Relevanz“- separat auf einer Likertskala von 1 (überhaupt nicht praktikabel/ machbar) bis 9 (sehr praktikabel/ machbar) bewertet; es ergaben sich diesbezüglich folgende Güteklassen:

---

PM = Praktikabel/ Machbar: Skalenwerte 4-9    UPM = Unpraktikabel/ -machbar: Skalenwerte 1-3

---

Auch diese Bewertung erfolgte nach eigenem Sachstand (Wissens- und Erfahrungswerten) und ohne Austausch der Beiratsmitglieder untereinander. Folgende Aspekte waren zur Beurteilung der Praktikabilität/ Machbarkeit als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen &

Rath 2001]): Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für alle am Versorgungsprozess Beteiligten; Datenverfügbarkeit, Erhebungsaufwand, die Richtigkeit, Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten ist (mittels angemessener Plausibilitätsprüfungen) überprüfbar. Zur interindividuellen Auswertung wurden nur diejenigen Indikatoren/ Items herangezogen, die laut Auswertungsmodus (siehe oben) als relevant galten. Zusammenfassend ergaben sich folgende Optionen für die Bewertung eines Indikators hinsichtlich deren Machbarkeit/ Praktikabilität:

	Voraussetzungen:
„Praktikabel/ Machbar“	Median $\geq$ 4, Konsens
„Fraglicher Indikator“	Dissens (unabhängig vom Median)
„Unpraktikabel/ -machbar“	Median $<$ 4, Konsens

Abbildung 14: Bewertungsmodus Machbarkeit/ Praktikabilität

Alle Indikatoren, die als „nicht praktikabel“ konsentiert wurden, sind vom weiteren Entwicklungsprozess bereits an dieser Stelle ausgeschlossen worden. Als „fraglich“ geltende Items wurden in der zweiten Bewertungsrunde diskutiert bzw. wurde dann über ihre weitere Handhabung (Aus-/ Einschluss) entschieden.

### ***Eignung für die öffentliche Berichterstattung***

Über die Kriterien des RAND/ UCLA-Verfahrens hinausgehend wurde das Kriterium „Eignung für die öffentliche Berichterstattung“ (vgl. AQUA-Methodik 2010) eingeführt: Hierunter wird verstanden, dass ein Qualitätsindikator in der Lage ist, ausreichend faire und verständliche Qualitätsvergleiche zwischen einzelnen Anbietern zu ermöglichen (ebd.). Im Rahmen des Projekts „Zentrum Reha-Nachsorge“ werden die Ergebnisse schlussendlich der allgemeinen Öffentlichkeit auf einer Webpage zur Verfügung gestellt; vor diesem Hintergrund hat das Kriterium u.E. besondere Relevanz. Unabhängig von den Bewertungen hinsichtlich der Kriterien „Relevanz“ und „Machbarkeit“ (siehe oben) wurde jeder zu bewertende Indikator von jedem Beiratsmitglied zusätzlich separat auf einer Likertskala von 1 (überhaupt nicht geeignet) bis 9 (sehr geeignet) bewertet; es wurde zwischen folgenden Klassifikationen bzw. Güteklassen unterschieden:

G = Geeignet: Skalenwerte 7-9

F = Fraglich: Skalenwerte 4-6

U = Ungeeignet: Skalenwerte 1-3

Auch bezüglich dieses Kriteriums erfolgte die Bewertung nach eigenem Sachstand der Beteiligten und ohne Austausch der Beiratsmitglieder untereinander; das Ergebnis jedes Beiratsmitglieds hatte gleiches Gewicht. Folgende Aspekte waren zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010): Verständlichkeit/ Interpretierbarkeit des Indikators (auch für Laien), Risiko für Fehlsteuerungen, Reproduzierbarkeit, überregionale Gültigkeit sowie Institutionsunabhängigkeit. Die interindividuelle Auswertung erfolgte analog zum bereits beschriebenen Modus für das Kriterium „Relevanz“. Zusammenfassend ergaben sich in Entsprechung hierzu folgende Optionen für die Bewertung:

	Voraussetzungen:
„Geeigneter Indikator“	Median beträgt 7-9, kein Dissens
„Fraglicher Indikator“	Median beträgt 4-6 oder Dissens (unabhängig vom Median)
„Ungeeigneter Indikator“	Median beträgt 1-3, kein Dissens

Abbildung 15: Bewertungsmodus Eignung für die öffentliche BE

Um den Bewertungsprozess für die Panelmitglieder trotz der hohen Anzahl der Kriterien handhabbar zu machen, wurden personalisierte Bearbeitungstools (siehe Abbildung 16), eine Bewertungshilfe sowie eine Handanweisung (siehe Anhang C) zur Verfügung gestellt.

Abbildung 16: Bewertungstool Runde 1

Zweite Bewertungsrunde:*(interne Konsensrunde ISE)*

Angesichts der hohen Anzahl von Kriterien bzw. Items für die innerhalb der ersten Bewertungsrunde kein Konsens erzielt werden konnte ( $n = 611$ , vgl. Abbildung 10), wurde -in Abweichung vom Originalverfahren- eine interne Bewertungsrunde ( $n = 3$  Teilnehmer) eingeschleust: Lediglich für 10 Items wurde hierdurch kein einheitlicher Konsens verabschiedet.

Dritte Bewertungsrunde:*(mündliches Konsenstreffen)*

Das abschließende Konsenstreffen fand am 24. September 2012 im ISE der Universität zu Lübeck statt. Ziel dieses Panelmeetings war es, die in Konsensrunde 1 eindeutig konsentierten Kriterien zu finalisieren (z.B. hinsichtlich einer einheitlichen Polung umzuformulieren) sowie die 10 dissidenten Items aus Runde 2 abschließend zu diskutieren.

Um eine transparente und standardisierte Durchführung des gesamten Konsensverfahrens zu gewährleisten, wurde eine entsprechende Datenbank (MS Access) erstellt (Abbildung 17 zeigt einen Auszug). Die Datenbank wurde nach Ablauf des Verfahrens online gestellt und kann unter <http://www.nachderreha.de/> (Bereich Professionelle – Methodik) vollständig eingesehen werden.

### Delphi-Verfahren - mündlicher Konsens

id

ZeReNa-Dimension  Ausschluss

ZeReNa-Kriterium

ZeReNa-Indikator-Original

ZeReNa-Indikator-Final

Relevanz	Machbarkeit / Praktikabilität	Eignung für die öffentliche Berichterstattung	
REL_1 <input type="text" value="7"/>	MBP_1 <input type="text" value="6"/>	EBE_1 <input type="text" value="6"/>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"><span style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; border: 1px solid black;"></span> Ausschluss</div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"><span style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Unsicher</div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"><span style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; border: 1px solid black;"></span> Einschluss</div> </div>
REL_2 <input type="text" value="8"/>	MBP_2 <input type="text" value="8"/>	EBE_2 <input type="text" value="7"/>	
REL_3 <input type="text" value="8"/>	MBP_3 <input type="text" value="2"/>	EBE_3 <input type="text" value="5"/>	
REL_5 <input type="text" value="8"/>	MBP_5 <input type="text" value="8"/>	EBE_5 <input type="text" value="8"/>	
REL_6 <input type="text" value="8"/>	MBP_6 <input type="text" value="7"/>	EBE_6 <input type="text" value="8"/>	
REL_7 <input type="text" value="9"/>	MBP_7 <input type="text" value="9"/>	EBE_7 <input type="text" value="9"/>	
REL_10 <input type="text" value="5"/>	MBP_10 <input type="text" value="5"/>	EBE_10 <input type="text" value="1"/>	
Median <input type="text" value="8"/>	Median <input type="text" value="7"/>	Median <input type="text" value="7"/>	
Dissens <input type="checkbox"/>	Dissens <input type="checkbox"/>	Dissens <input type="checkbox"/>	
Gesamt <span style="background-color: green; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></span>	Gesamt <span style="background-color: green; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></span>	Gesamt <span style="background-color: green; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></span>	

Abbildung 17: DB für das ZeReNa-Konsensverfahren - Auszug

### 5.1.1 Ergebnis des Konsensverfahrens: Das ZeReNa-Qualitätsprofil

Alle Items, die nach Ablauf der drei Bewertungsrunden entsprechend der beschriebenen RAND/ UCLA-Methodik als „relevant“ und „machbar“ galten sowie als für die öffentliche Berichterstattung „geeignet“ bewertet wurden (n=20, vgl. Abbildung 10), sind Bestandteil des finalen ZeReNa-Kriterien-Sets. Items, die zwei oder mehrere Sachverhalte beinhalteten wurden in Folge entsprechend inhaltlich zerlegt; für alle Kriterien wurde eine neutrale Formulierung bevorzugt. Aufgrund inhaltlicher Erwägungen der Panelmitglieder

wurde das Kriterien-Set abschließend um Sachverhalte ergänzt, die durch das Konsensverfahren noch nicht aufgegriffen wurden; schlussendlich besteht das Final-Set zur qualitativen Bewertung von Reha-Nachsorgeangeboten aus 35 beschreibenden Kriterien, die 8 inhaltlichen Clustern ([Steckbrief]<sup>16</sup>, Rahmenbedingungen, Ausstattung, Information, Konzeptqualität, interne und externe Qualitätssicherung sowie Vernetzung/ Ressourcen) zuzuordnen sind. Die nachfolgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick:

Insgesamt ist mit den 35 Items ein handhabbares, allgemeingültiges Starter-Set zur Beschreibung der Struktur, Konzept- und Prozessqualität von Reha-Nachsorgeangeboten kreiert worden; Qualitätsindikatoren im klassischen Sinn (charakterisiert durch Zähler und Nenner) fanden sich nicht. Während sich die Merkmale zur Strukturqualität hauptsächlich auf die räumliche und personelle Ausstattung der ausführenden Einrichtungen beziehen, beinhaltet die Prozessqualität eher die Durchführung der Nachsorge-Maßnahmen.

Anhand des konsentierten Sets von Beschreibungskriterien wurde für jedes inkludierte Reha-Nachsorgeprogramm für unser webbasiertes Nachsorgezentrum ein Qualitäts- bzw. Beschreibungsprofil (vgl. Abbildung 18) erstellt. Auf der Webpage transparent gestellt, ermöglichen diese Profile -neben der strukturierten Darstellung der relevanten Informationen- den Vergleich der Reha-Nachsorgeangebote untereinander und bilden deren Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität ab.

---

<sup>16</sup> Wurde für die Homepage aufgenommen, um die wichtigsten Informationen (z.B. Ansprechpartner/ Kontaktdaten) „auf einem Blick“ vorzuhalten.

Tabelle 3: Starter-Set zur Bewertung der Qualität

Inhaltliche Ebene:	ZeReNa-Kriterium*:
Räumliche Ausstattung	Anzahl zur Verfügung stehender Räume
	Raum- bzw. Nutzungsart
	Raumgröße (entsprechend der Raumart)
	Was befindet sich in den Räumen? (Anhand der Ziele ausrichten, Untercluster nach Art des Raumes)
	Nutzen Sie eigene Räumlichkeiten oder kooperieren Sie mit anderen Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken)?
Personelle Ausstattung	Ist die Einrichtung barrierefrei (z.B. für Rollstuhlfahrer zugänglich)?
	Welche Berufsgruppen sind bei Ihnen vertreten?
	Wie werden ihre Mitarbeiter in das Programm, die Methoden und Techniken etc. eingearbeitet/ eingewiesen?
	Gibt es schriftlich niedergelegte/ manualisierte Einarbeitungschecklisten?
Rahmenbedingungen	Ist ein Verantwortlicher für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter benannt?
	Definierte Zielgruppe
	Interventionsdosis (Stunden, Tage, Wochen)
	Gruppengröße im Schnitt/ max. Teilnehmerzahl
	Seit wann bieten Sie das Programm an?
	... in welchen zeitlichen Abständen (Einordnung: monatlich, vierteljährlich, halbjährig, jährlich, fortlaufend, unregelmäßig)
	Wer ist der Anbieter?
	Wer ist der Kostenträger?
	Wie hoch sind die Kosten pro Teilnehmer?
	Wie hoch ist der zu leistende Eigenanteil?
Konzeptqualität	Zugangsmodalitäten
	Wartezeit (Zeit zwischen Reha-Ende und Beginn der Nachsorge-Maßnahme)
	Gibt es für dieses Reha-Nachsorgeangebot ein Manual? (Falls ja, Bitte um Zustellung.)
Vernetzung/ Ressourcen	... falls ja; Beschreibung der Aspekte: a) Zielgruppe, b) Gruppengröße, c) Inhalte der Reha-Nachsorgeintervention, d) zeitlicher Rahmen, e) methodisches Vorgehen, f) Qualifikation/ Berufsgruppe der Behandler?
	Auf welchen Grundlagen (Evidenz, wissenschaftlichen Theorien) basiert das Behandlungskonzept?
	In welchen Fachgesellschaften sind Sie vertreten?
Informationen	Werden -sofern erforderlich und gewünscht- auch Angehörige (z.B. Eltern, Partner) in die Durchführung einbezogen? Wenn ja, in welchem Zusammenhang?
	Welche Empfehlungen geben Sie am Ende der Nachsorge zur Verstetigung der Effekte der Nachsorge?
Qualitätssicherung (intern/ extern)	Wo kann man als Interessent Informationen über Ihr Programm finden?
	Haben Sie z.B. eine Webpage (Falls ja, mit Angabe)?
	Welche Maßnahmen gibt es zur Qualitätssicherung (intern [z.B. Qualitätszirkel] vs. extern)?
	Ist Ihr Angebot zertifiziert? Wenn ja, von wem?
	Benannter Ansprechpartner (Aufnahme der Kontaktdaten)
Legende:	Liegt ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis vor? Wo sind die Ergebnisse publiziert?
	Werden regelmäßig Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt?
	Kritische und unerwünschte Ereignisse (z.B. Fehler, Probleme) werden systematisch erfasst und dokumentiert?

\*Deskriptive Sachaussagen, die für eine vergleichende Übersicht herangezogen werden.

# ZENTRUM REHA-NACHSORGE

## INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN

### UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Home | Kontakt | Suche | Sitemap | Impressum

Sie befinden sich hier: [Reha-Nachsorge](#) / [Nachsorge-Finder](#) /

<ul style="list-style-type: none"> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Start</li> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Hintergrundinfos</li> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">FAQs</li> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Aktuelles</li> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Reha-Nachsorge</li> <li style="background-color: #004a7c; color: white; padding: 2px;"><b>Nachsorge-Finder</b></li> <li style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Downloads</li> </ul> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-top: 5px;">Suchbegriff eingeben</div> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">WWW.NACHDERREHA.DE</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>Steckbrief</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Beschreibung</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Rahmenbedingungen</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Ausstattung</b></td> </tr> <tr> <td><b>Informationen</b></td> <td><b>Konzeptqualität</b></td> <td><b>QS</b></td> <td><b>Ressourcen</b></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>Qualitätssicherung</b></p> <p><b>Interne Qualitätssicherung:</b>                      Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.</p> <p>Es gibt regelmäßig durchgeführte Befragungen zur Patientenzufriedenheit.</p> <p>Interne Qualitätszirkel finden nicht statt.</p> <p>Kritische und unerwünschte Ereignisse (z.B. Fehler, Probleme) werden innerhalb der Verlaufsdokumentation systematisch miterfasst und dokumentiert.</p> <p><b>Externe Qualitätssicherung:</b>                      Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.</p> <p><b>Das Angebot ist zertifiziert durch:</b> DRV Nord.</p> <p>Ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis liegt vor.</p> <p><b>Folgendes Studiendesign wurde angewandt:</b> Längsschnittstudie</p> <p><b>Quellen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Musterquelle1, 2010</li> <li>2) Musterquelle2, 2011</li> </ol> <p><b>Anmerkungen zu unveröffentlichten Arbeiten:</b>                      Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.</p> </div>	<b>Steckbrief</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>Ausstattung</b>	<b>Informationen</b>	<b>Konzeptqualität</b>	<b>QS</b>	<b>Ressourcen</b>
<b>Steckbrief</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>Ausstattung</b>						
<b>Informationen</b>	<b>Konzeptqualität</b>	<b>QS</b>	<b>Ressourcen</b>						

**Kontakt**

«Zentrum Reha-Nachsorge»  
 Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
 Ratzeburger Allee 160  
 23538 Lübeck

Fax: 0451 / 500 5872

E-Mail: [zentrum-nachsorge\(at\)uksh.de](mailto:zentrum-nachsorge(at)uksh.de)

Abbildung 18: ZeReNa-Qualitätsprofil

## 5.2 Suche auf 3 Wegen: Ergebnisse

Für das vorliegende Projekt wurde –im Sinne einer systematischen Übersichtsarbeit- auf unterschiedlichen Wegen versucht, Reha-Nachsorgeangebote aufzuspüren (siehe Kapitel 3). Schnell stellte sich im Projektverlauf heraus, dass zwischen Angebots- und Evidenzebene zu unterscheiden ist: Einerseits wurden Reha-Nachsorgemaßnahmen (Angebote) bzw. Hinweise auf diese gefunden und die entsprechenden Informationen direkt in die ZeReNa-Datenbank übertragen; andererseits -und dies betrifft in besonderem Maße die Literaturrecherchen in den Datenbanken- wurden Evaluationsstudien/ Evidenz zu bundesweit durchgeführten Modellprojekten aufgefunden. Da letztgenannte nicht zwangsläufig -eher sogar selten- in der Praxis etabliert sind, wurden hierfür oft keine



Einträge in die Datenbank vorgenommen. Die entsprechenden Informationen/ Daten hieraus wurden in Evidenztabelle(n) (vgl. Anhang E) zur Beschreibung und Charakterisierung der Studien übertragen und in die Menüführung auf der Homepage eigens ein Reiter („Evidenz“) hierfür integriert. Vor diesem Hintergrund sind nachfolgende Ergebnisse zu interpretieren:

### 5.2.1 Suche in den bibliographischen Datenbanken: Ergebnisse

Die zentralen Recherchequellen (Suchzeitraum ab 2000) bildeten zunächst bibliographische Datenbanken: Die erste Abfrage erfolgte via OVID; durchsucht wurden die von der National Library of Medicine bereitgestellte Datenbank MEDLINE, PSYINDEX sowie EMBASE. Die kombinierte Abfrage dieser Datenbanken lieferte 1.568 Treffer. Die PUBMED-Recherche führte zu einer ähnlich hohen Trefferquote (n=1.290). Alle Treffer wurden in einer sogenannten Megadatenbank (Reference Manager) vereint (n=2.858). Die automatisierte Suche nach Dupletten (identische Quellenangaben aufgrund der Schnittmenge beider Einzelergebnisse) lieferte 366 Referenzen; der Datensatz wurde um diese bereinigt und bestand nun aus insgesamt 2.492 zu screenende Referenzen. Von diesen wurden 276 Arbeiten (11%) im ersten Screening (Titel nach Abstract [sofern vorhanden] bzw. Titel) für relevant gehalten; deren Volltexte wurden im Anschluss einbestellt und gesichtet. Die zugehörige Listung der entsprechenden Referenzen findet sich in Anhang F. Nach Sichtung der Volltexte wurden insgesamt 253 Publikationen ausgeschlossen (165 Arbeiten thematisierten nicht Reha-Nachsorge im definierten Sinn, 11 Publikationen betrafen kein Angebot aus Deutschland, 21 Veröffentlichungen beschrieben nicht ein spezielles Reha-Nachsorgeangebot bzw. dessen Evaluation sondern waren von allgemeinem themenspezifischen Inhalt und 21 Arbeiten hatten entweder keine Erwachsenen eingeschlossen oder behandelten eine ausgeschlossene Indikation [Sucht, Geriatrie, Psychiatrie]). 16 Publikationen wurden manuell als Duplikate identifiziert und 19 Arbeiten (Volltexte) galten als nicht beschaffbar.

Die Suche in den deutschsprachigen Literaturmedien-Sammlungen des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) ergab in Summe zunächst 205 Treffer. Nach sofortigem Ausschluss von 10 Duplikaten (identifiziert durch die automatisierte Suche nach Duplikaten) galt es, 195 verbleibende Treffer zu screenen: Von diesen wurden im Anschluss 29 Referenzen (15%) hinsichtlich ihres Titels bzw. Abstracts für potentiell relevant befunden, 166 Referenzen (85%) erwiesen sich als irrelevant. Alle 29 Volltexte stellten sich im weiteren Verlauf (Kodierung/ Extraktion der Daten) als „bereits bekannt“ (Duplikate) heraus.

Ein abschließender Recherchelauf in REHADAT ergab zunächst 134 auszuwertende Treffer: Nach Exklusion der irrelevanten Arbeiten verblieben 25 weitere Referenzen zur Bearbeitung und wurden als Volltextartikel einbestellt. Da alle Arbeiten im nächsten Arbeitsschritt (Kodierung) als bekannt identifiziert wurden, sind sie schlussendlich von der weiteren Bearbeitung (Extraktion) mit der Kennung „Duplikat“ ausgeschlossen worden. Insgesamt wurden 23 Studien/ Arbeiten durch diese Recherchen inkludiert, deren Daten in Folge extrahiert wurden.

### 5.2.2 Handsuche: Ergebnisse

Die systematische Durchsicht der Literaturverzeichnisse einschlägiger Fachzeitschriften (Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin; Die Rehabilitation; Das Gesundheitswesen) erwies sich -widererwartend- als nur bedingt effektiv: Aus der erstbenannten Zeitschrift wurden aus den relevanten Jahrgängen (ab 2000) zunächst 27 Arbeiten für relevant befunden; deren Volltexte anschließend eingesehen. Nur zwei Publikationen wurden schlussendlich zur Extraktion eingeschlossen. Die nachfolgende Tabelle enthält die detaillierten Ergebnisse:

Tabelle 4: Recherchen - Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin

Jahr	Erstscreening	Zweitscreening
2000	n = 3	n = 1
2001	n = 0	n = 0
2002	n = 1	n = 0
2003	n = 4	n = 0
2004	n = 2	n = 0
2005	n = 1	n = 0
2006	n = 0	n = 0
2007	n = 0	n = 0
2008	n = 3	n = 0
2009	n = 5	n = 0
2010	n = 2	n = 0
2011	n = 3	n = 0
2012	n = 3	n = 1
<b>Summe:</b>	<b>27</b>	<b>2</b>

Aus der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ wurden 19 Volltexte eingesehen; schlussendlich 2 Veröffentlichungen eingeschlossen:

Tabelle 5: Recherchen - Das Gesundheitswesen

Jahr	Erstscreening	Zweitscreening
2000	n = 0	n = 0
2001	n = 2	n = 1
2002	n = 2	n = 0
2003	n = 2	n = 0
2004	n = 1	n = 1
2005	n = 2	n = 0
2006	n = 1	n = 0
2007	n = 1	n = 0
2008	n = 3	n = 0
2009	n = 0	n = 0
2010	n = 5	n = 0
2011	n = 0	n = 0
2012	n = 0	n = 0
<b>Summe:</b>	<b>N = 19</b>	<b>2</b>

69 Volltextartikel aus den Publikationen der „Rehabilitation“ wurden hinsichtlich ihres Titels zunächst für relevant befunden; insgesamt wurden 17 Arbeiten eingeschlossen und zur Extraktion herangezogen. Somit waren die Recherchen in dieser Fachzeitschrift –wie zu erwarten war- am ergiebigsten:

Tabelle 6: Recherchen - Die Rehabilitation

Jahr	Erstscreening	Zweitscreening
2000	n = 5	n = 0
2001	n = 8	n = 1
2002	n = 4	n = 0
2003	n = 4	n = 0
2004	n = 4	n = 1
2005	n = 4	n = 1
2006	n = 11	n = 2
2007	n = 4	n = 0
2008	n = 6	n = 1
2009	n = 5	n = 3
2010	n = 6	n = 3
2011	n = 8	n = 2
2012	n = 6	n = 2
<b>Summe:</b>	<b>69</b>	<b>17</b>

Ein Großteil der zunächst für relevant befundenen Texte erwies sich bei der Kodierung als jeweils bereits bekannt und wurde nachträglich als Duplikat identifiziert und von den Extraktionen ausgeschlossen; dies galt für alle gesichteten Fachzeitschriften gleichermaßen. Insgesamt wurden 21 Veröffentlichungen eingeschlossen.

Parallel zu den beschriebenen Suchen in den Fachzeitschriften erfolgte die ausführliche Handrecherche in den Schriftenbänden der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für den relevanten Zeitraum: Die automatisierte Suche ergab zunächst 479 Abstrakts, in denen das Wort Nachsorge auftaucht. Nach anschließender Sichtung der entsprechenden Abstrakts verblieben 193 Artikel; 286 wurden als irrelevant ausgeschlossen. Angesichts der lückenhaften und stark begrenzten Informationen dieser Kurzzusammenfassungen, (Referenzliste siehe Anhang G) erwies sich deren Aussagekraft allerdings als stark begrenzt. Eine systematische Extraktion wurde hierfür nicht vorgenommen; für benannte Reha-Nachsorgeprogramme bzw. deren Evaluationen wurden -sofern anderweitig keine Originalpublikationen vorlagen- Autorenanfragen durchgeführt.

### 5.2.3 Expertenkonsultationen: Ergebnisse

Die schriftlichen Konsultationen (Erstaussendungen am 14.04.2011) der bundesweit existierenden Institutionen (Reha-Einrichtungen, Kostenträger: RV-Träger und KK) erwiesen sich -in Hinblick auf die Angebotsebene- erwartungsgemäß als am effektivsten: Die konsultierten Ansprechpartner (n = 803) in den Reha-Kliniken zeigten sich sehr kooperativ, so dass Rücklaufquoten von 67% (490 Rückmeldungen) notiert wurden (inkl. 1 Erinnerungsschreiben, 41 Retouren und 20 Antworten, die wegen fehlender ID nicht zugeordnet werden konnten). Für die RV-Träger ergab sich insgesamt eine Rücklaufquote von 40% und die Krankenkassen entschieden sich gänzlich gegen die Teilnahme am Screening, die resultierende Rücklaufquote beträgt deshalb 0% (siehe dazu Abschnitt 3). Hinweise auf etwaige Ansprechpartner wurden in der ZeReNa-Datenbank abgelegt; potentiell relevante Publikationen dem Literaturscreening zugeordnet. In Summe ergaben sich 259 relevante Einträge für unsere ZeReNa-Datenbank (Angebotsebene). Dies sind hinterlegte Kontaktdaten von benannten Personen, die im nachfolgenden Schritt an den Telefoninterviews beteiligt waren.

### 5.2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend müssen die Ergebnisse -den entsprechenden Suchstrategien zugeordnet- zweigeteilt dargestellt werden:

Auf der einen Seite führte die Recherche nach relevanter Literatur (zu Reha-Nachsorgeprogrammen bzw. deren Evaluation) bzw. der angeschlossene Selektionsprozess zu 44 Studien auf Evidenzebene. 2 Studien sind dabei als Mehrfachpublikationen mit relevanten Informationen einzuordnen; so wurden für 42 Studien Daten in einer

Evidenztabelle (siehe Anhang E) überblicksartig zusammengefasst. In der Regel handelt es sich hierbei um evaluierte Modellprojekte, deren Verstetigung in die Praxis nur selten erfolgte. Unter den eingeschlossenen Studien fand sich aber auch Evidenz für Reha-Nachsorgeprogramme, die als etablierte Programme in die ZeReNa-Datenbank -also auf Angebotsebene-aufgenommen wurden (z.B. MERENA, IRENA), insgesamt fällt die Schnittmenge jedoch eher klein aus.

Darüber hinaus liegen -aus der Sichtung der DRV-Schriftenbände- 193 Abstracts vor, die sich mit der Reha-Nachsorgethematik befassen (Anhang G). Die schriftlichen Konsultationen resultierten in 261 durchzuführende Telefoninterviews bzw. Kontakte (Für jedes Angebot wurde ein Interview geführt, das erklärt die Abweichung zur oben benannten Zahl um  $n = 2$ ); zum derzeitigen Stand bei Projektende konnten hiervon 166 abgeschlossen werden: Davon haben 9 Personen bei Kontaktaufnahme in den Telefoninterviews Abstand genommen bzw. einer Aufnahme des Reha-Nachsorgeangebots in die ZeReNa-Datenbank nicht zugestimmt. Weitere 38 Kontaktpersonen gaben an, dass -in Abweichung von den Angaben im Screeningbogen- keine Reha-Nachsorgemaßnahmen mehr vorgehalten werden. Das bedeutet, schlussendlich konnten wir 119 Kontakte durchführen, aus denen 201 Einträge (Vollprofile) für die ZeReNa-Datenbank (Angebotsebene) resultieren. Durch die Zusammenarbeit mit der DRV Bund wurden zusätzlich die Daten aus den Häuserlisten für strukturierte Reha-Nachsorgemaßnahmen (z.B. IRENA, KARENA, ASP) in die Datenbank eingepflegt. Nach Bereinigung der Listen wurden deshalb weitere 1873 Kurzprofile (keine vollständigen Informationen zu den Beschreibungskriterien vorhanden) angelegt, so dass schlussendlich 2074 Einträge auf Angebotsebene vorgenommen wurden. Abbildung 19 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die durchgeführten ZeReNa-Recherchen bzw. deren Ergebnisse:

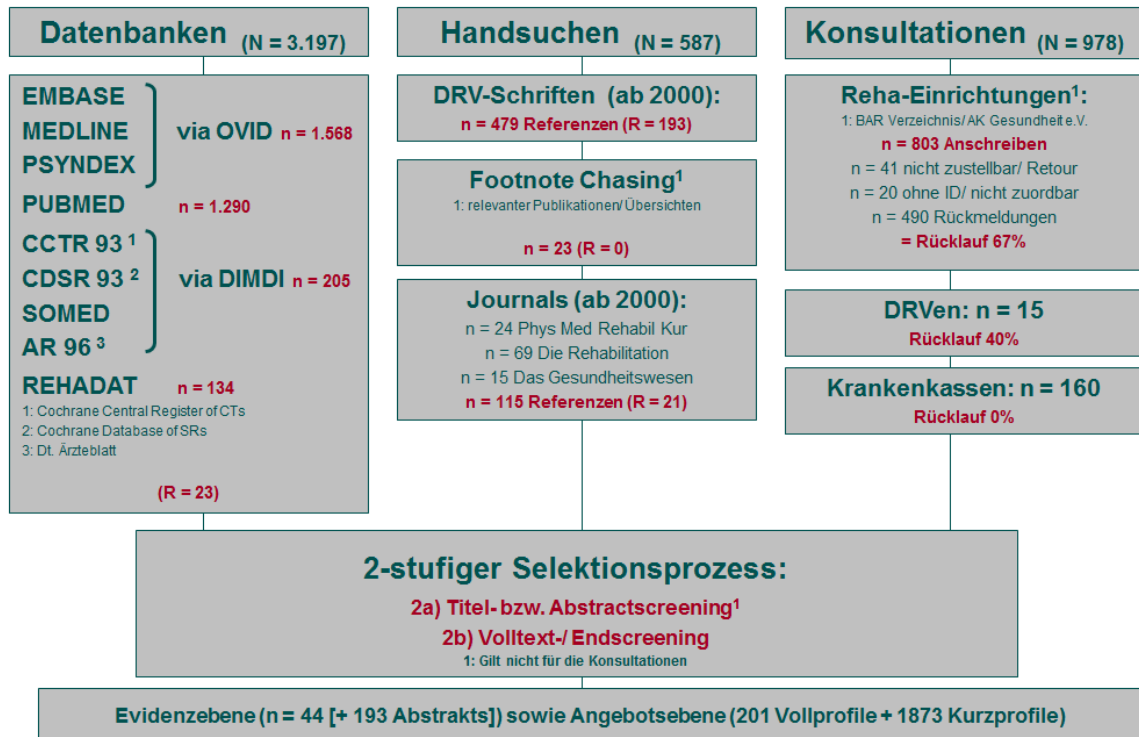


Abbildung 19: Ergebnisse der ZeReNa-Recherchen im Überblick

### 5.3 Reha-Nachsorgeprogramme und Aufbau der Webpage

#### *Aufbau der Website*

Über eine Startseite (siehe Abbildung 20) mit zwei verschiedenen Zugängen für beide Usergruppen, Rehabilitanden und Professionelle, gelangt man in den jeweils gewählten Bereich.



#### ZUGANG FÜR



Abbildung 20: Aufbau des Web-Portals

Alle Bereiche und Seiten sind für den Benutzer über das Menü (linke Spalte des 3-Spalten-Designs) erreichbar, so dass trotz Vorauswahl eines Bereiches auf Wunsch auch die Inhalte des jeweils anderen Bereiches jederzeit verfügbar sind. Beide Bereiche der Homepage wurden bedarfsorientiert erstellt und unterscheiden sich daher etwas im Aufbau: Der Bereich für die Rehabilitanden ist inhaltlich und unter besonderer Berücksichtigung der Verständlichkeit (Barrierefreiheit) auf diese ausgerichtet und enthält 7 Menüpunkte (Start, Aktuelles, Nachsorge-Finder, FAQs, Glossar, Downloads, Links). Der Bereich für die Professionellen enthält -neben identischen Parts (z.B. den Nachsorgefinder)- zusätzliche Informationen (z.B. zur Methodik des Projekts, dem RAND/UCLA-Verfahren zur Entwicklung der Qualitätskriterien usw.) und ist in 9 Menüpunkte gegliedert (Start, Methodik, Nachsorgequalität, Nachsorge-Finder, Evaluationsstudien, Downloads, Aktuelles, FAQs, Links). Herzstück beider Portale ist der Nachsorgefinder

(Abbildung 21), der die postleitzahlengestützte Suche nach regional verfügbaren indikationsspezifischen Reha-Nachsorgeangeboten erlaubt:

Abbildung 21: Nachsorge-Finder (Auszug)

Der jeweilige Benutzer unserer Homepage wird -gelangt er auf den Nachsorgefinder- aufgefordert, die Indikation und die Postleitzahl seines Ausgangsortes einzugeben und den Suchradius für seine Suche nach regional verfügbaren Reha-Nachsorgeprogrammen zu bestimmen. Wird eine ungültige Postleitzahl eingegeben (z.B. durch fehlerhafte Eingabe), so erscheint eine Fehlermeldung und die Suche kann erneut gestartet werden. Konnte die eingegebene Postleitzahl eindeutig einem Ort zugeordnet werden, dann startet die Umkreissuche direkt. Sollten in der Geo-Datenbank mehrere Orte zu der eingegebenen Postleitzahl hinterlegt sein, wird der ZeReNa-Benutzer aufgefordert, seinen Ausgangsort genauer zu definieren, damit die Umkreissuche gestartet wird. Die Ergebnisse der Umkreissuche werden anschließend, sortiert nach dem Abstand zum Ausgangsort, ausgegeben (Abbildung 23). Falls die Umkreissuche zu keinem Treffer führt, wird ein entsprechender Hinweis angezeigt und die Suche kann mit einem größeren Suchradius erneut gestartet werden. Die Umkreissuche ist in der Programmiersprache PHP geschrieben.



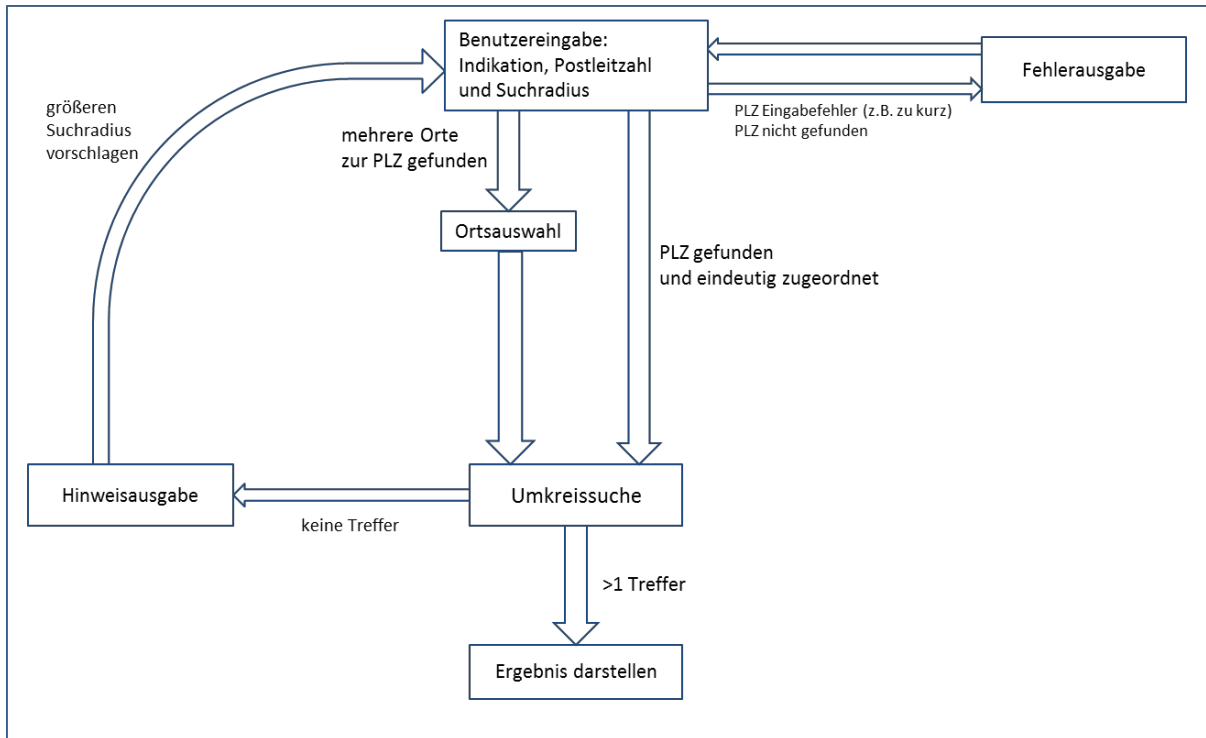


Abbildung 22: Ablaufdiagramm Umkreissuche

## ZENTRUM REHA-NACHSORGE

INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN UND EPIDEMIOLOGIE  
UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

[Home](#) | [Kontakt](#) | [Suche](#) | [Sitemap](#) | [Impressum](#)

Sie befinden sich hier: [PROFESSIONELLE](#) / [Nachsorge-Finder](#) /

REHABILITANDEN

PROFESSIONELLE

- Start
- Methodik
- Nachsorgequalität
- Nachsorge-Finder
- Evaluationsstudien
- Downloads
- Aktuelles
- FAQs
- Links

Finden Sie Reha-Nachsorgeangebote in Ihrer Nähe:

Indikation: **Orthopädie**, Radius: **100 km**, Ursprungsort: **23552 Lübeck**

Distanz*	Programmname	Kürzel	Ort	Details
53 km	Intensive Reha Nachsorge, Medizinische Trainingstherapie	IRENA	Bad Bramstedt	<a href="#">Details</a>

\*Distanzen sind Luftlinie.

[Neue Suche](#)

Suchbegriff eingeben

Abbildung 23: Nachsorge-Finder (Auszug II)

Bei Projektende (31.07.2014) befinden sich insgesamt 2074 Reha-Nachsorgeangebote in unserer Datenbank; diese können über den Nachsorgefinder aufgerufen werden. Für 201

der inkludierten Reha-Nachsorgeangebote liegt ein Vollprofil vor; d.h. hier wurden die nötigen Angaben für die 35 konsentierten Beschreibungskriterien im telefonischen Interview erfragt. Für 1873 Angebote liegt lediglich ein Kurzprofil vor; hierbei handelt es sich um die strukturierten Nachsorgeangebote der DRV Bund (z.B. IRENA). Insgesamt verteilen sich die Angebote relativ gleichmäßig über das bundesdeutsche Gebiet, dies ist auch der -ständig aktuell gehaltenen- Landkarte auf unserer Homepage [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) zu entnehmen.

In Bezug auf die indikationsspezifische Verteilung ergibt sich folgendes Bild:

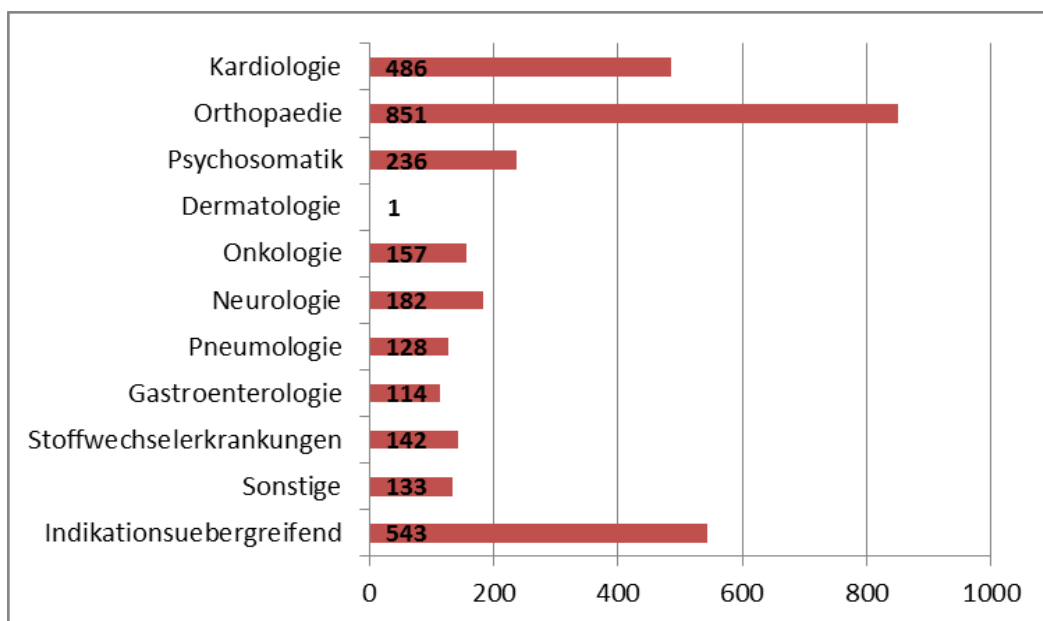


Abbildung 24: Verteilung hinsichtlich der Indikationen

Die telefonischen Interviews verliefen -abgesehen von der vorhergehenden Terminierung des Gesprächs- komplikationslos, die Fragen wurden äußerst positiv aufgenommen und insgesamt zeichnet sich ein großes Interesse am Thema Strukturierung der Reha-Nachsorge ab; welches auch an den im Folgenden beispielhaft benannten Zitaten<sup>17</sup> deutlich wird:

- *Für die Rehabilitanden wäre so eine Plattform über den Patienten-PC-Arbeitsplatz natürlich zu verlinken und anzubieten. Er könnte sich (nochmals) über das Verfahren*

<sup>17</sup> Diese sind der anonymen Befragung (März 2010) des wissenschaftlichen Arbeitskreises SH (n=193) zum Aufbau des web-basierten Zentrums Reha-Nachsorge entnommen und hier wörtlich wiedergegeben.

*informieren und ER könnte sich bereits im Vorwege die möglichen Einrichtungen (Entfernungen vom Wohnort oder Arbeitsplatz) heraussuchen. Das wäre i.S. von Empowerment gut – und würde den bürokratischen Zeitbedarf für die Sozialarbeiter bzw. (bei uns ausschließlich) die Ärzte in diesem Punkt etwas verringern.*

- *Viele Rehabilitanden sind am Ende der Reha sehr motiviert für die Nachsorge. Es fehlt aber häufig an praktikablen Umsetzungsmöglichkeiten (Wohnortnähe; Termine, die berufsbegleitend wahrnehmbar sind) und Kenntnissen – auf Seiten der Kliniken und der Rehabilitanden – über die ganze Breite und Seriosität der Angebote. Insofern wäre eine solche Datenbank eine wertvolle Unterstützung.*
- *Halte ich für eine gute Hilfe im "Nachsorgedschungel". Wichtig wird dann sicher die Pflege und fortlaufende Aktualisierung der Datenbank.*

Als problematisch erwies sich innerhalb des Projektverlaufs die zeitaufwendige Terminierung der Gespräche (telefonischen Interviews). Obwohl für die meisten Fälle durch das vorhergehende Screening ein Ansprechpartner benannt war, waren im Mittel drei bis vier Kontaktversuche nötig, um einen Termin für das standardisierte Interview zu fixieren. In einigen Fällen wurde dieser mehrmals wieder verschoben, so dass der insgesamt geplante Zeitaufwand für diese Art der Erhebung der Daten bei Planung unterschätzt wurde.

## **5.4 Testung der Usability**

*(Usability-Testungen in der Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik)*

Um eine Einschätzung der Benutzerfreundlichkeit der aufgebauten Webpage zu erhalten, haben wir die Homepage verschiedenen Therapeuten- und Klinikerguppen sowie Rehabilitanden unterschiedlicher Indikationen vorgestellt und sie gebeten, selbst eine Nachsorgesuche durchzuführen und die verschiedenen Optionen der Homepage auszuprobieren. Insgesamt wurden fünf Testgruppen durchgeführt; drei in der Orthopädie und Kardiologie (Mühlenbergklinik, Durchführung vor Ort am 16.06.2014) sowie zwei in der Psychosomatik (Curtiusklinik, Durchführung vor Ort am 17.07.2014). Die nachfolgende Tabelle zeigt zunächst die Zusammensetzung der Gruppen:

Tabelle 7: Gruppe und Zusammensetzung

Gruppe	Indikation		
	Orthopädie	Kardiologie	Psychosomatik
1: Klinikmitarbeiter	N= 7 (2 weiblich) 2 Psychologen, 1 Physiotherapeut, 1 Sozialarbeiterin, 3 Ärzte		
2: Rehabilitanden	N= 5 (2 weiblich)		
3: Rehabilitanden		N=6 (alle männlich)	
4: Klinikmitarbeiter			N= 7 (6 weiblich) 5 PsychologInnen 2 Ärzte
5: Rehabilitanden			N= 6 (3 weiblich)

Die Testung erfolgte jeweils standardisiert in den einzelnen genannten Gruppen; ein Protokollant dokumentierte die Ergebnisse. Während der Durchführung wurde die Homepage per Beamer auf eine Leinwand projiziert, so dass alle Teilnehmer bei der Erprobung durch ein Mitglied der Gruppe die einzelnen Schritte nachvollziehen und mitdiskutieren konnten.

Nach einer kurzen Einführung in die Homepage und die verschiedenen Inhalte hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, die Homepage selbst zu bedienen: Dabei sollte die Suche nach einem Reha-Nachsorgeangebot vorgenommen und die Bewertung der bei jedem Angebot hinterlegten Informationen abgegeben werden. Darüber hinaus erfolgte die Sichtung und Bewertung des Glossars und der Linkliste. Die Teilnehmer wurden gebeten, sich während der Durchführung der Aufgaben spontan zu äußern, Fragen zu stellen oder Kritik zu üben. Alle Äußerungen wurden schriftlich festgehalten. Parallel wurde über das Vorgehen bei der Suche und beim Umgang mit der Homepage ein Kurzprotokoll geführt, in dem auch die benötigten Zeiten für einzelne Arbeitsschritte festgehalten wurden.

Die Dauer der praktischen Testungen insgesamt dauerte pro Gruppe im Schnitt 30 bis 45 Minuten. Nach der Erprobung der Homepage wurden die Teilnehmer gebeten, eine Bewertung zu einzelnen Aspekten der Homepage abzugeben. Hierfür wurde ein Frageblatt mit sechs Bewertungskriterien (Optik, Menüführung, Nachsorge-Finder, Bewertung der Suchergebnisse [Profile], Verständlichkeit, Homepage insgesamt) ausgegeben (siehe Anhang H).

Das Bewertungsblatt wurde von allen Rehabilitanden ausgefüllt, beim orthopädisch/kardiologischen Therapeutenteam mussten zwei Personen die Sitzung früher verlassen, beim psychosomatischen Therapeutenteam eine Person. Somit lagen abschließend 28 ausgefüllte Bewertungsbögen vor, aus denen zunächst Hinweise zur Optimierung der Homepage abgeleitet wurden: Insgesamt wurde die Homepage von allen Nutzern positiv

bewertet. Die Rehabilitanden der Indikation Psychosomatik äußerten sich dabei etwas kritischer, was zum Teil aber auf die unzureichenden Möglichkeiten der Präsentation zurückgeführt werden kann. Durch eine geringe Power des Beamers waren die gestalterischen Einzelelemente der Homepage nur schwach differenzierbar. Die Benutzerfreundlichkeit der Homepage wurde im Einzelnen wie folgt bewertet:

### Orthopädie / Kardiologie – Therapeutenteam

Die praktische Erprobung erfolgte durch einen der Ärzte (Orthopäde). Es ergaben sich keine Probleme hinsichtlich der Menüführung und der Sichtung bzw. der Aufsuche der Nachsorgeangebote und Downloads. Die Gesamtbewertung der Homepage lag bei 3.8 (5 = sehr gut); die Bewertungen im Einzelnen sind in Abbildung 26 dargestellt.

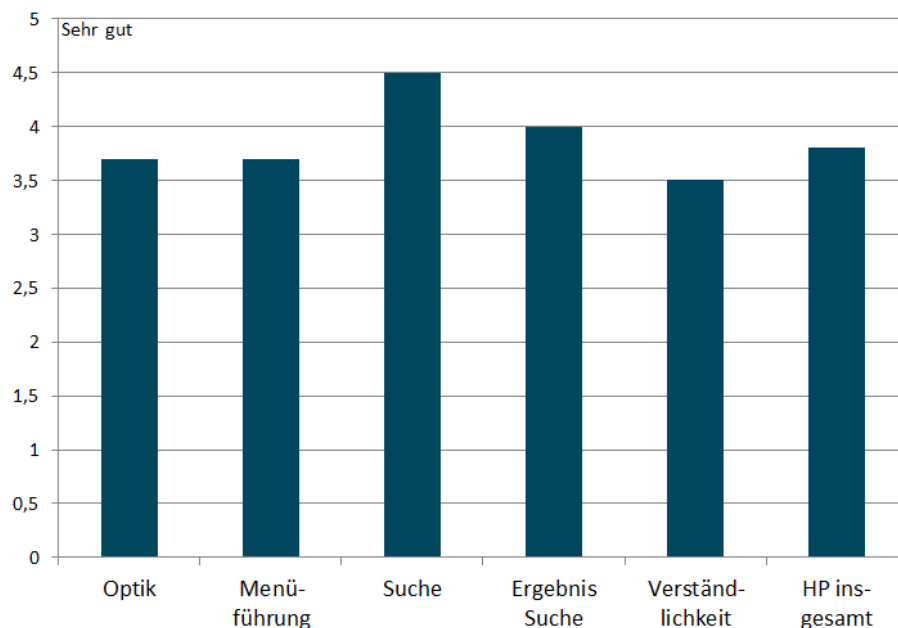


Abbildung 25: Nutzerbewertung der HP - Therapeutenteam Orthopädie/ Kardiologie

Im Freitextfeld wurde von einem Teilnehmer angemerkt, dass die Verständlichkeit der Sprache zum Teil für Rehabilitanden schwierig sein könnte. Ein Hinweis, der auch in der Diskussion geäußert wurde, insbesondere bei den Informationsreitern „QS“ (Qualitätssicherung) und „Ressourcen“. Während diese Informationen für Professionelle

durchaus Bedeutung haben, seien diese Informationen für Rehabilitanden nur wenig relevant.

### Orthopädie – Rehabilitanden

Auch bei den Rehabilitanden der Orthopädie waren keine Probleme hinsichtlich der Navigation auf der Homepage oder bei der Suche nach einem Reha-Nachsorgeangebot festzustellen. Die Homepage fand in dieser Gruppe großen Anklang und wurde sehr gelobt: „klasse Sache“, „super Suche von Therapien in der Nähe“, „endlich wird etwas für den Patienten gemacht“, „wann geht es online?“[...]. Dementsprechend positiv fielen die Bewertungen der Einzelaspekte aus, wie die nachfolgende Abbildung 27 zeigt:

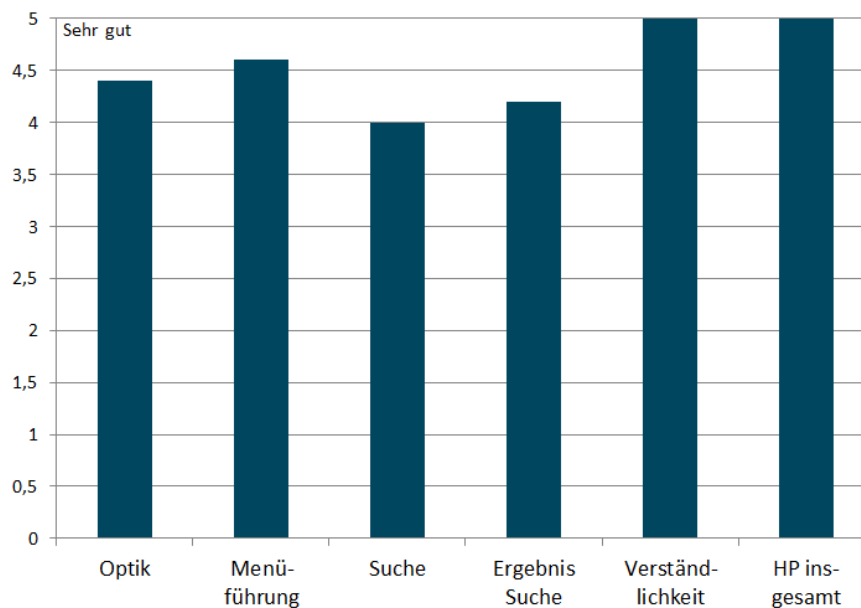


Abbildung 26: Nutzerbewertung der HP - Rehabilitanden Orthopädie

Im Freitextfeld fand sich eine kritische Anmerkung hinsichtlich des zu suchenden Umkreises: „50 km seien viel zu weit“, man würde eine maximale Entfernung von 10 bis 12 km in Kauf nehmen. Wir haben die Rehabilitanden darüber aufgeklärt, dass sich der Suchumkreis (möglicherweise) verringert, sobald mehr Angebote in die Homepage aufgenommen sind.

## Kardiologie – Rehabilitanden

Auch die Rehabilitanden der Kardiologie fanden sich auf der Homepage gut und schnell zurecht und verbanden mit den einzelnen Profil-Reitern mit Ausnahme der „Ressourcen“ konkrete und korrekte Inhalte. Allerdings erachteten sie diese Informationen für ihre Bedürfnisse für nicht wichtig. Aufgrund der Einfachheit der Bedienung waren alle Rehabilitanden davon überzeugt, die Homepage im gegebenen Fall zu nutzen. Wichtig sei es, die Homepage bekannt zu machen: „[...] es muss bekannt gegeben werden, dass es eine solche Homepage gibt [...]“, „Ja, ja, Flyer beim Arzt auslegen oder so kann man machen“. Die Einzelbewertungen sind in der nächsten Abbildung zusammen gefasst:

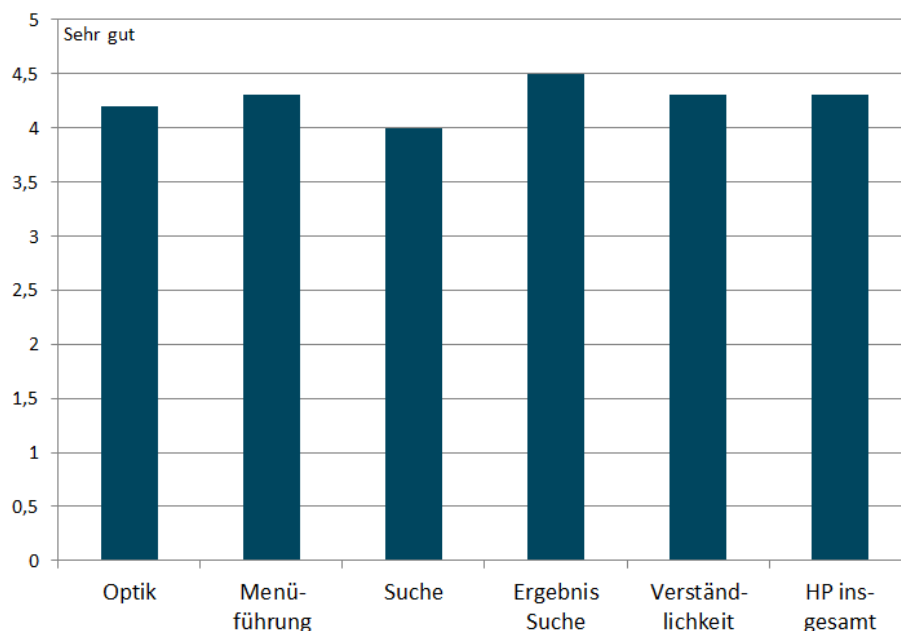


Abbildung 27: Nutzerbewertungen der HP - Rehabilitanden Kardiologie

## Psychosomatik – Therapeutenteam

Bei der Erprobung der Homepage in der Curtiusklinik ergaben sich -unvorhersehbarer Weise- technische Probleme: Die Homepage konnte über den Beamer nicht wie gewünscht dargestellt werden. Farbkonturierungen waren unscharf oder nicht zu

erkennen<sup>18</sup>. Dadurch war die Navigation erschwert und möglicherweise wurden durch die fehlenden Farbkontraste auch die beiden Bilder bei der Eingangsseite eher ungünstig bewertet. Die praktische Erprobung erfolgte durch einen der Ärzte. Lässt man die technischen Bedingungen außer Acht, wurde das Navigieren auch in dieser Gruppe als problemlos beschrieben. Die Gesamtbewertung der Homepage bei diesem Klinikteam lag ebenfalls bei 3.8 (5 = sehr gut). Die Bewertungen im Einzelnen sind in Abbildung 29 dargestellt. Aufgrund der technischen Probleme (fehlende Farbkontraste) gingen die Merkmale Optik und Menüführung nicht in die Auswertung ein:

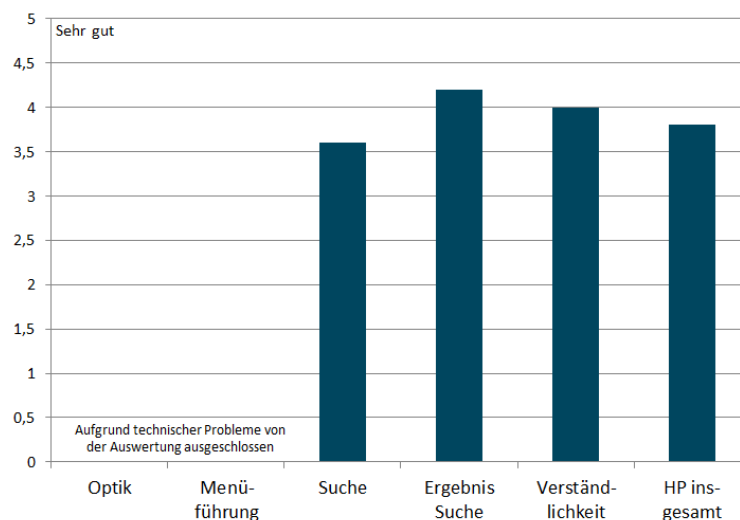


Abbildung 28: Nutzerbewertungen der HP - Therapeutenteam Psychosomatik

Die Homepage wurde insgesamt als sehr übersichtlich beschrieben, die Optik sei ansprechend, auch ohne die farblichen Eindrücke. Die Fotos auf der Eingangsseite sollten moderner sein, die Patientengruppe von der Altersstruktur her mehr „durchmischt“ sein.

---

<sup>18</sup> Dieses Problem trat nur in Verbindung mit der Präsentation auf einer größeren Fläche auf. Die Nutzung der Homepage am PC blieb davon unberührt.



## Psychosomatik – Rehabilitanden

Die Rehabilitanden der Psychosomatik äußerten sich insgesamt kritischer als die anderen Gruppen. Zum Teil sind die ungünstigeren Einschätzungen sicher auf die unglücklichen Einschränkungen bei der Präsentationstechnik zurückzuführen.

Überraschenderweise konnten sich die psychosomatischen Rehabilitanden darüber hinaus unter dem Reha-Nachsorgeprogramm „Curriculum Hannover“ nichts vorstellen und schlugen vor, dass jedem Programm ein „Stichwort zum Inhalt“ beigefügt werden könnte. Ein Rehabilitand befürchtete, die Auswahl zwischen verschiedenen Angeboten wäre für ihn zu aufwendig; andere fanden es hingegen gut, dass es mehrere Angebote gebe, die man vergleichen könne. Die einzelnen Bewertungen für diese Gruppe sind der nachstehenden Abbildung 30 zu entnehmen:

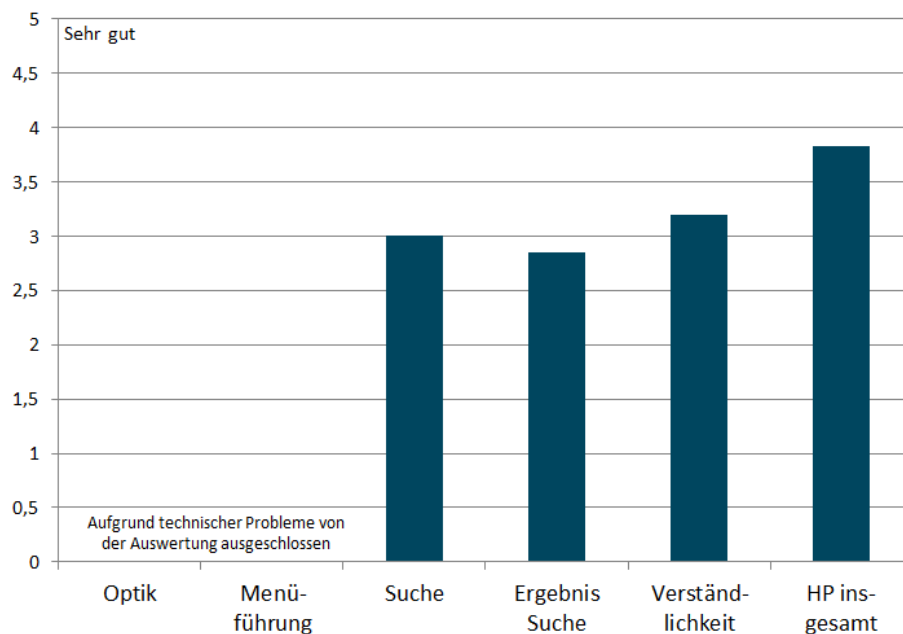


Abbildung 29: Nutzerbewertungen der HP - Rehabilitanden Psychosomatik

### Fazit:

Die ZeReNa-Homepage wird von den Test-Nutzern überwiegend positiv bewertet; bei allen erfassten Bewertungskriterien liegt die Bewertung im Schnitt bei 4.0 (0 = schlecht vs. 5 = sehr gut). Neben den vorrangig positiven Rückmeldungen gab es jedoch einige Aspekte, die kritisch gesehen wurden. Dazu gehörten aus Therapeuten- und Ärztesicht

eine leichter verständliche Sprache für Rehabilitanden sowie eine Reduktion der Informationen für Rehabilitanden. Insbesondere erwiesen sich die Profil-Reiter „QS“ und „Ressourcen“ als für Rehabilitanden verzichtbar; denkbar wäre aber laut Diskussion auch der Verzicht des Reiters „Informationen“.

Von den Rehabilitanden wurde insbesondere die Umkreissuche als zu weiträumig bewertet, darüber hinaus wurden manche Fachbegriffe (wie z.B. Qualitätsmanagement, Interventionsdosis) als schwer verständlich beurteilt.

Insgesamt können die genannten Kritikpunkte jedoch ohne Probleme aufgegriffen und verändert werden; hierfür wird derzeit eine Anschlussfinanzierung avisiert.

## 6 Diskussion

Im beschriebenen Projekt stand der Aufbau -orientiert am bestehenden „Zentrum Patientenschulung“- eines webbasierten Reha-Nachsorgezentrums auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit im Fokus; ein Besuch der Homepage [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) verschafft einen Eindruck vom Ergebnis. Die Homepage wurde im Content Management System TYPO3 unter Einbindung von relationalen Datenbanken realisiert. Für beide Usergruppen (Rehabilitanden versus Professionelle) wurden bedarfsorientiert getrennte Plattformen erstellt. Bevor die wissenschaftlichen Ergebnisse des Projekts diskutiert werden, soll der methodische Ablauf kritisch gewürdigt und die Grenzen dieser Arbeit aufgezeigt werden:

### 6.1 Diskussion der Methodik und Grenzen der Arbeit

Die Verwendung unterschiedlicher Suchstrategien gilt im Hinblick auf die Durchführung systematischer Übersichten generell als Vorteil (Rustenbach 2003). Für das vorliegend beschriebene Projekt erwiesen sich jedoch sowohl die Abfragen der Datenbanken als auch die umfangreichen Handsuchen als weniger effektiv; insbesondere in Hinblick auf die Angebotsebene (siehe oben). Da die Suchstrategie als eher sensitiv einzustufen ist, stellt sich generell die Frage, warum nur in begrenztem Ausmaß Literatur bzw. Evidenz (n = 44) zur Thematik vorliegt: Die ausstehende Evaluation einer Großzahl von etablierten Programmen wäre eine erste Antwort; diese greifen zwar häufig auf sekundäre Evidenz zurück, eine Evaluation des Gesamtprogramms liegt aber in den meisten Fällen nur für die Prozessebene vor (z.B. MERENA [Sibold et al. 2011]) oder lässt sich von den Ergebnissen der Reha-Maßnahme nicht separieren (z.B. IRENA [Lamprecht et al. 2011]). Die Tatsache, dass wiederum viele der evaluierten Modellprojekte nicht in der Praxis etabliert sind trägt weiterhin dazu bei, dass die Schnittmenge zwischen Evidenz- und Angebotsebene gering ausfällt.

Als am effektivsten in Hinblick auf die Einträge für die ZeReNa-Datenbank erwiesen sich die schriftlichen Konsultationen der Reha-Einrichtungen; ein Hinweis darauf, wie wichtig der systematische Einbezug von Experten ist. Von einer Vollerhebung ist innerhalb unseres Projekts derzeit aus folgenden Gründen nicht auszugehen:

- A) Bedarf es der Einwilligung der Reha-Einrichtungen bzw. der jeweiligen Interviewpartner, die erhobenen Daten auf unserer Plattform [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) öffentlich zur Verfügung zu stellen;

- B) führte die Entscheidung des Dachverbandes der Krankenkassen sicherlich zu einer entscheidenden Reduktion aufzunehmender Angebote und
- C) wurden einige wenige Indikationen (z.B. Sucht) ausgeschlossen.

In Ergänzung der benannten Aspekte ist ein Selektionsbias (Kunz et al. 2009) nicht gänzlich auszuschließen: Aufgrund begrenzter Ressourcen im Rahmen des Projekts wurde das Titel- bzw. Abstractscreening lediglich von einem Beurteiler vorgenommen; das Volltextscreening ebenso nur von einer Person der Arbeitsgruppe durchgeführt. Das komplette Screening erfolgte jedoch nach der Methodik des sicheren Ausschlusses und etwaige Unsicherheiten wurden im Konsensprozess innerhalb der Arbeitsgruppe aufgehoben, deshalb ist die Größe dieser potentiellen Verzerrung als gering einzustufen.

Die Entwicklung des konsentierten ZeReNa-Kriterien-Sets zur Bewertung bzw. Beschreibung der Konzept-, Prozess- und Strukturqualität war -angesichts der hohen Trefferquoten- durch hohen Aufwand gekennzeichnet: Alle Panelmitglieder (ZeReNa-Projektbeirat) mussten (berufsbegleitend) entsprechende zeitliche Ressourcen für den Bewertungsprozess erübrigen. Erfahrungsgemäß ist die Durchführung eines Auftakttreffens mit den bewertenden Experten von Vorteil, um den Beteiligten die Methodik und die Ziele des Verfahrens zu erläutern. Dieses Vorgehen ist auch in anderen internationalen Studien erprobt (Fitch et al. 2001). Aufgrund der begrenzten Kapazitäten wurde hierauf verzichtet; auch eine Schulung vor Ort ließ sich nicht realisieren. Zur Standardisierung wurden eine Handanleitung, ein individualisiertes Bearbeitungstool sowie eine Bewertungshilfe entwickelt. Da schlussendlich in der Hauptsache nur eindeutig (positiv) konsentierte Kriterien einbezogen wurden, ist der Sachverhalt jedoch von untergeordneter Relevanz. Kritisch zu hinterfragen sind hingegen die fehlende Pilotierung des Kriterien-Sets sowie die Tatsache, dass keine Qualitätsindikatoren (charakterisiert durch Zähler und Nenner) aufgefunden wurden; hier besteht sicherlich Nachholbedarf. Trotz dieser Einschränkungen glauben wir, ein aussagekräftiges (indikationsübergreifendes) Starter-Set zur vergleichenden Bewertung/ Beschreibung der inkludierten Reha-Nachsorgeprogramme erstellt zu haben.

## **6.2 Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für die Praxis**

Das aufgebaute Zentrum "Reha-Nachsorge" orientiert sich in seinen Grundzügen am bereits bestehenden Zentrum "Patientenschulung". Es ist bundesweit ausgerichtet und schöpft die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologien aus. Um den praktischen Nutzen bzw. die Akzeptanz unseres Vorhabens vor Projektbeginn bzw.

-beantragung abschätzen zu können, wurden im März 2010 alle Mitglieder (n=193) der rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreise SH und MV schriftlich befragt. In Abbildung 26 sind die Ergebnisse dieser anonymen Erhebung (Rücklauf 47 %) zusammenfassend dargestellt. Insgesamt sprachen die Auswertungen für die Durchführung unseres Projektes. Überraschenderweise erwies sich die Terminierung der telefonischen Interviews zur Erhebung der Daten für das Beschreibungsprofil dennoch als besonders problematisch. Obwohl für den Großteil der Fälle durch das vorhergehende Screening ein Ansprechpartner benannt war, waren im Mittel drei bis vier Kontaktversuche nötig, um einen Termin für das standardisierte Gespräch zu fixieren. In einigen Fällen wurde dieser mehrmals wieder verschoben und in 36% der Fälle wurde der benannte Ansprechpartner -trotz mehrfacher Kontaktversuche- bis Projektende nicht erreicht. Insgesamt wurde der geplante Zeitaufwand hierfür deutlich unterschätzt.

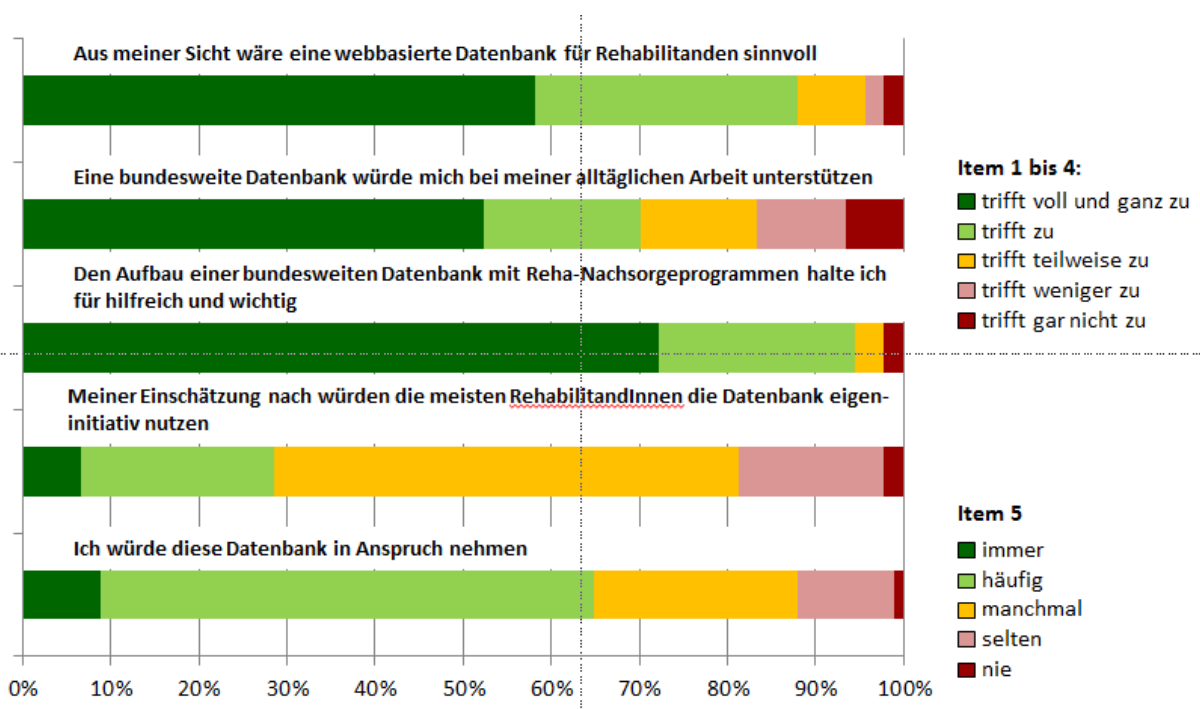


Abbildung 30: Akzeptanzbefragungen - Ergebnisse

Trotz der beschriebenen methodischen Einschränkungen wurde innerhalb des Projekts ein aussagekräftiges Starter-Set zur vergleichenden Bewertung der inkludierten Reha-Nachsorgeprogramme erstellt; die beschriebenen Probleme bei der Durchführung und Anwendung des Verfahrens (z.B. Aufwand für die Mitglieder, Einschränkung auf Erhebungsebene) sind zum Großteil durch den projektspezifischen Hintergrund bedingt.

Mit insgesamt 35 beschreibenden Items ist ein recht umfangreiches allgemeingültiges Set zur Beschreibung der Struktur, Konzept- und Prozessqualität von Reha-Nachsorgeangeboten kreiert worden. Während sich die Merkmale zur Strukturqualität hauptsächlich auf die räumliche und personelle Ausstattung der ausführenden Einrichtungen beziehen, beinhaltet die Prozessqualität eher die Durchführung der Nachsorge-Maßnahmen. Auf Basis des ZeReNa-Final-Sets wurde für jedes in das Zentrum aufgenommene Reha-Nachsorgeprogramm ein strukturiertes Beschreibungsprofil erstellt. Diese informieren Rehabilitanden, Ärzte, Reha-Träger sowie andere User der Webpage gleichermaßen über alle für relevant befundenen Struktur-, Leistungs- und Qualitätsmerkmale und versetzen sie somit in die Lage, auf Grundlage eines fairen Vergleichs eine bewusste und bedarfsorientierte Auswahlentscheidung zu treffen. So liefert das Internetportal zwei unterschiedlichen Usergruppen (Rehabilitanden/ Angehörige versus Professionelle) gut strukturierte Informationen zur Qualität der inkludierten Reha-Nachsorgeangebote. Dem Ziel der Transparenz scheint man vor diesem Hintergrund ein Stück näher gekommen zu sein; inwieweit die Kriterien zur Optimierung der Versorgung beitragen können, bleibt abzuwarten.

Um eine erste Einschätzung der Benutzerfreundlichkeit der aufgebauten Webpage zu erhalten, haben wir die Homepage fünf Testgruppen (Rehabilitanden vs. Professionelle) unterschiedlicher Indikationen (Orthopädie/ Kardiologie/ Psychosomatik) vorgestellt und sie gebeten, selbst eine Suche mit dem Nachsorgefinder durchzuführen. Nach Erprobung der Homepage wurden die Teilnehmer (n=30) gebeten, eine schriftliche Bewertung (Likertskala von 0=sehr schlecht bis 5=sehr gut) abzugeben: Insgesamt wurde die ZeReNa-Homepage überwiegend positiv bewertet, bei allen erfassten Bewertungskriterien (Menüführung, Nachsorge-Finder, Optik, Bewertung der Suchergebnisse [Profile], Verständlichkeit, Homepage allgemein) lag die Bewertung im Mittel bei 4.0. Dies spricht dafür, dass der Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge im Wesentlichen gelungen ist; folgende Rückmeldungen deuten hingegen auf Optimierungsbedarf: Eine leichter verständliche Sprache für den Userbereich der Rehabilitanden sowie eine allgemeine Reduktion der Informationen (Sicht der Professionellen). Aus Sicht der Rehabilitanden erwiesen sich die Profil-Reiter „QS“ und „Ressourcen“ als gänzlich verzichtbar; zu überdenken wäre laut entsprechender Hinweise auch der Verzicht des Reiters „Informationen“. Darüber hinaus wurde die Umkreissuche als zu weiträumig bewertet sowie manche Fachbegriffe (wie z.B. Qualitätsmanagement, Interventionsdosis) als schwer verständlich beurteilt. Insgesamt bedarf es also vorrangig

der Kürzung der Beschreibungsprofile, um Rehabilitanden konstruktiv am Auswahlprozess zu beteiligen.

Erst über exakte Zugriffsraten wird sich der Nutzen des Webportals endgültig ermitteln lassen. Da bei Veröffentlichung des Webportals davon auszugehen ist, dass das Zentrum Reha-Nachsorge (finale Version) nur einigen Insidern bekannt sein wird; ist die bundesweite Bekanntmachung und Information potentieller User hierfür von entscheidender Bedeutung. Um -über das Ziel einer aktuellen Bestandaufnahme und Systematik hinaus- langfristig zur Optimierung der Versorgung beitragen zu können, bedarf es also zunächst der Veröffentlichung des Portals sowie der Bekanntmachung, dem weiteren Ausbau und der Optimierung der Webpage. Von Seiten der Projektnehmer wird deshalb die Fortführung des Projektes im Sinne von ZeReNa II angestrebt.

### 6.3 Schlussfolgerungen und Beantwortung der Forschungsfragen

Im Einzelnen wurden für das vorliegend beschriebene Projekt drei Forschungsfragen formuliert, die nun in Kürze beantwortet werden:

1. *Wie viele und welche Reha-Nachsorgeprogramme lassen sich durch die systematische Übersichtsarbeit erfassen?*

Zur Beantwortung dieser Frage muss zwischen Einträgen in der ZeReNa-Datenbank (Angebotsebene) und aufgefundener Evidenz (Evidenzebene) unterschieden werden: Insgesamt finden sich derzeit 2074 Einträge in der Datenbank (201 Vollprofile, 1873 Kurzprofile); diese Angebote identifiziert der indikationsspezifische Nachsorge-Finder auf der Homepage. Darüber hinaus wurden für 44 Arbeiten (42 Studien = Evidenz aus Literatur- und Handsuche) Informationen extrahiert und in einer Evidenztabelle strukturiert zusammengefasst.

2. *Welche Schlussfolgerungen können in Hinblick auf etwaige Versorgungslücken gezogen werden?*

Mit Blick auf die indikationsspezifische Verteilung sind Reha-Nachsorgeangebote im Bereich der Dermatologie unterrepräsentiert; die meisten Angebote fanden sich erwartungsgemäß für die Bereiche Orthopädie und Kardiologie; eine ähnliche Verteilung fand sich auch in Hinblick auf die aufgefundene Evidenz. Mit wenigen Ausnahmen (Ballungszentren: Hessen und Sachsen) verteilen sich die Angebote relativ gleichmäßig über das bundesdeutsche Gebiet, dies ist auch der -ständig aktuell gehaltenen- Landkarte auf der Homepage zu entnehmen.

3. *Welche praktischen Empfehlungen sind hinsichtlich der Umsetzung und der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit abzuleiten?*

Für die etwaige Fortführung des Projekts muss die bisherige Art der Datenerhebung (über Telefoninterviews) in Frage gestellt werden. Diese erwies sich -insbesondere wegen der aufwendigen Terminierungen- als nur wenig praktikabel. Deshalb wird derzeit geprüft, inwieweit ein entsprechendes Online-Tool bzw. eine parallel laufende schriftliche Befragung hier Abhilfe schaffen können.

Aufgrund der Ergebnisse der (ersten) Nutzerbefragungen ist auch zu überlegen, das Beschreibungsprofil (Vollprofil) -zumindest für den Rehabilitandenzugang- auf ein Minimum einzukürzen; Betroffene und deren Angehörige blieben beim Konsensverfahren bisher unberücksichtigt.



## 7 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer fehlenden (systematischen) Synopse verfügbarer Reha-Nachsorgeangebote wurde -im Rahmen des Förderschwerpunkts „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“- am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (ISE) der Universität zu Lübeck der Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge (ZeReNa) realisiert.

Die methodische Umsetzung erfolgte auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit: Neben der angestrebten Vollerhebung deutschlandweit verfügbarer Reha-Nachsorgeprogramme (*Angebotsebene*) erfolgte die Aufbereitung der themenrelevanten Literatur (*Evidenzebene*). Hierbei kamen mehrere systematische Recherchestrategien zum Einsatz (Abfrage bibliographischer Datenbanken [Suchzeitraum ab 2000], schriftliche Expertenkonsultationen der Reha-Kliniken und Kostenträger sowie Handsuchen und Referenzabgleiche). Anhand der definierten Selektionskriterien, die auf Grundlage einer konsentierten Begriffsbestimmung formuliert wurden, schloss sich der systematische, zweistufige Auswahlprozess an. Die methodische Bewertung der Evidenz erfolgte anhand standardisierter Checklisten (z.B. TREND); die extrahierten Daten für insgesamt 42 aufgefundene Evaluationsstudien wurden abschließend in Evidenztabelle überführt und diese auf der Webpage im Userbereich für die „Professionellen“ (Menüpunkt: Evidenz) online gestellt. Die inkludierten Reha-Nachsorgeangebote wurden anhand eines nachsorgespezifischen Qualitätsprofils beschrieben, welches auf 35 eigens hierfür konsentierten Bewertungskriterien beruht; für den methodischen Ablauf wurde das RAND/UCLA-Verfahren von Fitch und Kollegen (2001) adaptiert. Die nötigen Daten hierfür -in standardisierten Telefoninterviews erhoben- sind Hauptbestandteil der ZeReNa-Datenbank, auf die die integrierte Suchmaschine -Herzstück der Homepage- zurückgreift. Die Webpage wurde im Content Management System (CMS) TYPO3 realisiert und mit zwei getrennten Bereichen für die Usergruppen „Rehabilitanden/ Angehörige“ versus „Professionelle“ ausgestattet.

Ergebnis des Projekts ist das Webportal [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) (Vor Veröffentlichung [Launch] ist die finale Version der Webpage ausschließlich abrufbar unter: <http://www.nachderreha.de/develop/start/>)<sup>19</sup>. Mittels einfacher Menüführung können themenrelevante Informationen sowie projektspezifische Inhalte zielgruppenspezifisch abgerufen werden. Über die angesprochene Suchmaschine -den sogenannten Nachsorgefinder- wird die postleitzahlengestützte Suche nach regional verfügbaren

---

<sup>19</sup> Unter der Domain [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) werden bis zur Veröffentlichung der Finalversion hingegen projektspezifische Informationen vorgehalten.

indikationsspezifischen Reha-Nachsorgeangeboten möglich. Insgesamt werden zu Projektende bei jeder bedarfsorientierten Abfrage 2.074 in der Datenbank gespeicherte Reha-Nachsorgeangebote automatisch durchsucht; für den orthopädischen Indikationsbereich sind bundesweit aktuell die meisten Programme (n = 851) auffindbar. Um -über das Ziel einer aktuellen Bestandaufnahme und Systematik hinaus- langfristig zur Optimierung der Versorgung beitragen zu können, bedarf es zunächst der Veröffentlichung des Portals sowie der Bekanntmachung, dem weiteren Ausbau und der Optimierung der Webpage; letzteres wird durch die Ergebnisse erster Usabilitytestungen unterstrichen. Von Seiten der Projektnehmer wird deshalb die Fortführung des Projektes im Sinne von ZeReNa II angestrebt.

## 8 Danksagung

Wir bedanken uns bei der DRV Bund für die Förderung unseres Vorhabens.

Größter Dank gilt den Mitgliedern des ZeReNa-Projektbeirats; die Möglichkeit auf ihre interdisziplinäre Kompetenz zugreifen zu können, war eine unschätzbare Bereicherung.

Dank gilt allen Beteiligten in den befragten Reha-Einrichtungen, durch ihre aktive Teilnahme sind die Konsultationen so effektiv ausgefallen. Auch den jeweiligen Verantwortlichen bei den angefragten Kostenträgern im Erstscreening sei gedankt.

Weiterhin danken wir unseren hilfswissenschaftlichen Mitarbeiterinnen im Projekt: Frau Alexandra Staupendahl, Frau Pauline Becker und Frau Viola Leienbach. Die Koordination und Durchführung der leitfadengestützten Telefoninterviews lag unter anderem in ihrer Verantwortung.

Lübeck, im Juli 2014

Die Autoren.

## 9 Literaturverzeichnis

Autor unbekannt (2008). "PHP Umkreissuche mit MySQL." Online unter: <http://www.cix-blog.de/t308> (letzter Zugriff: 23.04.2012).

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2010): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2.0. Göttingen: AQUA-Institut.

AQUIK Methodenpapier (2011): Modifizierte RAND/ UCLA-Methode: Anwendung im KBV-Projekt AQUIK-Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):1-7.

BITKOM Presseinfo GKV-Gesetz (2010): Bundestag beschleunigt Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Berlin: 05.11.2010. Online unter: [http://www.bitkom.org/de/presse/66442\\_65771.aspx](http://www.bitkom.org/de/presse/66442_65771.aspx) (letzter Zugriff: 04.02.2011).

Boston Consulting Group (BSC 2003): Zwei von drei Ärzten sind online. Pressemitteilung vom 14.04.2003. Online unter: [http://www.bcg.com/publications/files/BCG\\_E-Health\\_14\\_April\\_2003.pdf](http://www.bcg.com/publications/files/BCG_E-Health_14_April_2003.pdf) (letzter Zugriff: 09.08.2010).

Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A et al. (2003): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ 326(7393):816-819.

Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung. Lage: Jacobs.

DRV Bund (2007): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund.

DRV Bund (2013): Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV Bund.

Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M et al. (2005): Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe". Family Practice 22:215-222.

Faller H (2003): Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation 42(3):129-35.

Faller H (2008): Empowerment. In: Deck R, Glaser-Möller N, Remé T (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung – Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Lage: Jacobs:69-80.

Filler A (2007): Zusammenfassende Notizen zur Vorlesung Elementargeometrie, Teil 5, Die Satzgruppe des Pythagoras. Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fakultät III, Fach Mathematik:4. Online unter: [http://www.mathematik.hu-berlin.de/~filler/lv\\_ph/elemgeom/5-Pythagoras.pdf](http://www.mathematik.hu-berlin.de/~filler/lv_ph/elemgeom/5-Pythagoras.pdf) (letzter Zugriff: 26.03.2014).

Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MDeal (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method - User's Manual. RAND : 1-109.

Fuchs R (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe.

Gensichen J, Muth C, Butzlaff M et al. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes 100:365-74.

GeoGebra (2012). "Kostenlose Mathematik-Software für Schule, Uni und daheim." Online unter: <http://www.geogebra.org> (letzter Zugriff: 27.04.2014).

GeoNames Forum (2006). "Umkreissuche und Distanzrechnung." Online unter: <http://forum.geonames.org/gforum/posts/list/50.page> (letzter Zugriff: 23.04.2012).

Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschlager G (2002): Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich. 96: 91-96.

Gerdes N, Bührlen B, Lichtenberg S et al. (2005): Rehabilitationsnachsorge: Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzungen. Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin (Band 10). Regensburg: Roderer.

Haaf HG (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation 44:259-76.

Holzhausen M, Bornschlegel U, Mischker A (2006): Multimorbidität im Alter. Geriatrie Journal 1:42-45.

Hüppe A & Raspe H (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Die Rehabilitation 42:143-54.

Hüppe A & Raspe H (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation 44:1-10.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, 2012): Gute Informationen im Netz finden. Patienteninformation.

Online unter: <http://www.kbv.de/patienteninformation/print/41761.html> (letzter Zugriff: 05.02.2013).

Kleudgen S, Diel F, Burgdorf F et al. (2011): KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren - AQUIK-Set. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 105: 54-63.

Kliche T, Töppich J, Kawski Seal (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2:125-132.

Kliche T & Kröger G (2008): Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung - eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. Gesundheitswesen 12:715-720.

Klosterhuis H, Gross B, Winnefeld M (2002): Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). DAG SHG/ Selbsthilfegruppenjahrbuch 90-100.

Köpke KH (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Rehabilitation 44:344-352.

Korth W (2009): Koordinatensysteme -Geodätische Grundlagen-. Vorlesung für Master Geoinformation:7. Online unter: [http://public.beuth-hochschule.de/~korth/VORL\\_KSYS.pdf](http://public.beuth-hochschule.de/~korth/VORL_KSYS.pdf) (letzter Zugriff: 26.03.2014).

Kummervold E, Chronaki CE, Lausen B et al. (2008): eHealth trends in Europe 2005-2007: A population-based survey. Journal of Medical Internet Research 10:e42.

Lamprecht J, Behrens J, Mau W, et al. (2011): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund – Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. Rehabilitation 50(3): 186-194.

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Geoinformation, Vermessungs- und Katasterwesen, Geobasisinformationssystem Liegenschaftskataster (2011). "Umstellung von ALB und ALK nach ALKIS und ETRS 89/UTM." Online unter: [http://www.laiv-mv.de/land-mv/LAiV\\_prod/LAiV/AfGVK/faltblaetter/FB\\_ALKIS.pdf](http://www.laiv-mv.de/land-mv/LAiV_prod/LAiV/AfGVK/faltblaetter/FB_ALKIS.pdf) (letzter Zugriff: 05.07.2012).

Lausen B, Potapov S, Prokosch HU (2008): Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 4(2):1-12.

Lüngen M & Rath T (2011): Analyse und Evaluierung des QUALIFY Instruments zur Bewertung von Qualitätsindikatoren anhand eines strukturierten qualitativen Interviews. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 105: 38-43.

Mamat, P. (2008). "Umkreissuche mit der OpenGeoDB." Online unter: <http://www.mamat-online.de/umkreissuche/opengeodb.php> (letzter Zugriff: 04.07.2012).

Marshall M & Campbell SM (2002): Introduction to quality assessment in general practice. In: Marshall M, Campbell SM, Hacker J et al. (Hrsg). Quality indicators for general practice. London.

Nowossadeck E (2012a): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3(2).

Nowossadeck E (2012b): Population aging and hospitalization for chronic disease in Germany. Dtsch Ärztebl Int 109(9):151-7.

OpenGeoDB (2010). "Lizenz." Online unter: [http://opengeodb.org/wiki/OpenGeoDB\\_Lizenz](http://opengeodb.org/wiki/OpenGeoDB_Lizenz) (letzter Zugriff: 06.07.2012).

Papula L (2007): Mathematik für Ingenieure und Naturwissenschaftler 1. Springer DE:231-233

Prokosch HU (2008): Internetnutzung zu Gesundheitsfragen (eHealth-Trends 2005-2007). Kontinuierlicher Anstieg. Deutsches Ärzteblatt 105(50):A2712.

Raspe H (2009): Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. Die Rehabilitation 48:47-50.

Reuther P, Boerker B, Vespo E et al. (2010): Chronische neurologische Erkrankungen. Neuro-Rehabilitation stationär – und dann...? Neurotransmitter (Sonderheft 1):25-31.

Rossmann C (2010): Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potentiale, Grenzen. In: Schweiger W & Beck K (Hrsg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: Springer Fachmedien, Verlag für Sozialwissenschaften:338-63.

Rubin A. (2006). "Geo (proximity) Search with MySQL." Online unter: [http://www.arubin.org/files/geo\\_search.pdf](http://www.arubin.org/files/geo_search.pdf) (letzter Zugriff: 05.07.2012).

Schneider A, Broge B, Szecsenyi J (2003): Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. Z Allg Med 79: 547-552.

Schulz PJ, Zufferey M, Caiata M et al. (2011): First Check the Internet, Then See the Doctor: How many Patients Do It, and Who Are They? Lugano.

Schwarzer R (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Shekelle PG, Park RE, Kahan JP et al. (2001): Sensitivity and specificity of the RAND/UCLA Appropriateness Method to identify the overuse and underuse of coronary revascularization and hysterectomy. J Clin Epidemiol 54(10):1004-10.

Sibold M, Mittag O, Kulick B et al. (2010): Prädiktoren der Teilnahme an medizinischer Rehabilitationsnachsorge bei erwerbstätigen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Rehabilitation 50(6):363-71.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden 2009.

Steckelberg A, Berger B, Köpke S et al. (2005): Kriterien für Evidenz-basierte Patienteninformationen. Z Ärztl Fortbildung Qualitätssich 99:343-51.

Torge W (2002): Geodäsie. Walter de Gruyter:89.

TYPO3 Association. "TYPO3." Online unter: <http://typo3.org> (letzter Zugriff: 05.08.2013).

Zeger HG (2005): Marktanalyse „gesundheitsbezogene Angebote im Internet“. Wien: Arge.

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (2001): Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements - Qualitätskriterien und - Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. ÄZQ 1-15.

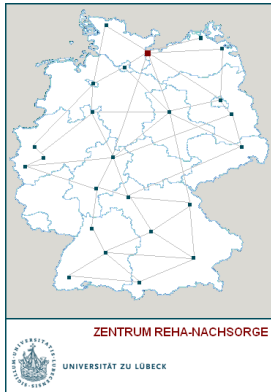
Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (2001): Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearanceverfahrens. ÄZQ 16-24.





## **10 Anhang**

### **Anhang A: ZeReNa-Begriffsdefinition**



## Begriffsbestimmung (ZERENA-Projekt\*)

\* gefördert von der DRV Bund

Die folgende -finalisierte<sup>20</sup>- Begriffsbestimmung wurde im Rahmen des Projekts „Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge (ZERENA)“ im Konsensprozess\*\* mit dem Projektbeirat erarbeitet. Diese wird als Grundlage für die (einheitliche) Auswahl relevanter, einzuschließender Reha-Nachsorgeangebote herangezogen, denn bei der Vielzahl der Maßnahmen und Konzepte, die unter dem Begriff „Nachsorge“ derzeit subsummiert werden, ist es schwierig zu bewerten, was sich im Einzelnen hinter einem Versorgungsangebot verbirgt (inhaltliche Heterogenität):

*Reha-Nachsorgeangebote sollen die nachfolgenden Anforderungen (Abschnitt I) sowie keines der definierten Ausschlusskriterien (Abschnitt II) erfüllen, um in die Datenbank des Zentrums Reha-Nachsorge aufgenommen zu werden.*

\*\* Als Quellen für das Konsensverfahren herangezogen:

DRV Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). Praxisleitfaden. Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

DRV Bund (2008). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung.

---

<sup>20</sup> Verabschiedung durch den Projektbeirat: 06.02.2012 (aktiv beteiligte Mitglieder: Frau Dr. S. Brüggemann, Frau Dr. R. Deck, Frau Dr. I. Ehlebracht-König, Herr Professor H. Faller, Frau Dr. N. Glaser-Möller, Herr KH Köpke, Herr Professor T. Kohlmann, Frau Dipl. Psych. S. Schramm)

**ABSCHNITT I:**

Die gesundheits- und gesellschaftspolitischen Veränderungen, aktuelle Erkenntnisse über Rehabilitationseffekte sowie Veränderungen in Krankheitsausprägung, Chronifizierung und Multimorbidität mit vielfältigen Folgen für Aktivität und Teilhabe an der Arbeitswelt und dem gesellschaftlichen Leben bilden den Hintergrund für Nachsorge im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (Reha-Nachsorge).

Rehabilitation und Reha-Nachsorge sind dabei stets aufeinander aufbauende Behandlungselemente im Rehabilitationsprozess: Im Regelfall hängt der Rehabilitationserfolg davon ab, ob langfristig manifestiertes - oft gesundheitsschädigendes - Verhalten umgestellt, neue Handlungsmuster zur Lösung alltäglicher Probleme etabliert (Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung) sowie Selbstbild und Lebensziele an die Realität angepasst oder gänzlich neu definiert werden können. Diese adaptiven Prozesse können im Rahmen der institutionellen Phase der Rehabilitation - unabhängig vom Setting - wohl eingeleitet bzw. angestoßen (Initialphase), nicht aber ausreichend im Handlungsrepertoire verfestigt werden. Deshalb ist die (oft lebenslange) postinstitutionelle Reha-Nachsorgephase (Transferphase) von entscheidender Bedeutung.

*Mindeststandards für Reha-Nachsorgeangebote:*

**A) ZIELE/ AUFGABEN:**

Reha-Nachsorgeangebote ergänzen die medizinische Rehabilitation, indem sie bestimmte Therapie-Elemente fortführen und das bisher Erreichte festigen. Insbesondere sollten sie den - während der medizinischen Rehabilitation angestoßenen - eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung (Selbstmanagement) und die Initiative der Betroffenen<sup>21</sup> (Eigenaktivität) stärken bzw. verstetigen.

Mit Blick auf die Individualebene sowie den sozial-rechtlichen Kontext dienen sie a) der Stabilisierung bzw. b) der Optimierung von Reha-Effekten:

- a) Das jeweilige Reha-(Teil-)Ziel ist zwar erreicht, benötigt aber noch stabilisierende Maßnahmen, um langfristig im Alltag erhalten zu bleiben und so den Erfolg der Reha-Leistung zu sichern (Stabilisierung).
- b) Das jeweilige Reha-(Teil-)Ziel ist im Rahmen der ambulanten oder stationären Rehabilitation nicht (vollständig) erreicht worden. Die Nachsorge ist dann

---

<sup>21</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde vorliegend entsprechend der tradierten Sprachgewohnheit die männliche Schreibweise bevorzugt. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass stets sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sind und dieses Vorgehen keine Wertung beinhaltet.

Voraussetzung für die (vollständige) Erreichung des (Teil-)Ziels, z.B. durch (weitere) Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten (Optimierung).

Je nach zuständigem Leistungsträger und Indikation können unterschiedliche Schwerpunkte für die Zielsetzung der Reha-Nachsorgestrategien im Vordergrund stehen; im Einzelnen sind zu nennen:

- Die (weitere) Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, d.h. Abbau von Funktionsstörungen sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit,
- die Verstetigung von Lebensstiländerungen, der Aufbau entsprechender Motivationen,
- die Krankheitsbewältigung,
- der nachhaltige und überprüfbare Transfer des Gelernten in den Alltag,
- die Förderung der beruflichen, sozialen und persönlichen Kompetenz,
- die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

#### *B) ELEMENTE:*

Bei den einzelnen Reha-Nachsorgeelementen handelt es sich in der Regel um Gruppenangebote<sup>22</sup> (z.B. Reha-Sportgruppen, Funktionstraining, Chatgruppen), bei entsprechendem Bedarf der Leistungsnehmer sind aber auch Einzelangebote (z.B. innerhalb der neurologischen Rehabilitation) möglich.

Als Nachsorgeelemente seien beispielhaft genannt:

- Sport- und Bewegungstherapie, einschließlich Muskelaufbautraining/Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT),
- Physiotherapie,
- Information, Motivation, Schulung (z. B. Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen),
- Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (z.B. zu Stressbewältigung, Konfliktlösung, Entspannung, Adipositas),
- Sozialarbeit, Sozialtherapie (z. B. Training sozialer Kompetenz, Freizeitgestaltung), unterstützende Fallbegleitung (z.B. bei stufenweiser Wiedereingliederung), Reha-Fachberater, Kontakte mit Betrieben und betriebsärztlichem Dienst,
- Ergotherapie, Sprachtherapie, Funktionstraining,

---

<sup>22</sup> Auf eine Begrenzung der maximalen Teilnehmerzahl/ Gruppengröße wurde aufgrund indikations- und schwerpunktspezifischer Unterschiede verzichtet.

- Arbeitstherapie (z. B. Arbeitsplatztraining, AMTT),
- Neuropsychologische Therapie,
- Psychotherapie.

#### *C) KONZEPT/ DOKUMENTATION:*

Reha-Nachsorgeangebote sind in einem Therapiekonzept beschrieben (Zielgruppe, Indikation, Ziele, Inhalte, Vorgehen, Gruppengröße, Theorie), die eine standardisierte Durchführung ermöglichen. Dabei orientiert sich das Nachsorgekonzept - wie die medizinische Rehabilitation insgesamt - am biopsychosozialen Krankheitsmodell.

#### *D) VORAUSSETZUNG:*

Das Reha-Nachsorgeangebot schließt an eine - ambulante oder stationäre - abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation an.

#### *E) ZEITRAHMEN:*

Nachsorgeleistungen sollten mit angemessenem zeitlichem Bezug an die medizinische Rehabilitation anschließen (Nahtlosigkeit in Bezug auf die Indikation sowie der jeweiligen vom Leistungsträger gemachten Vorgaben): Für bestimmte Reha-Nachsorgeleistungen (z.B. Auffrischkurse, Trainingswochenenden, Booster Sessions) kann es zum Beispiel erforderlich sein, die Reha-Nachsorge erst einige Zeit nach der eigentlichen Reha-Leistung durchzuführen.

Beginn, Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation (Kontinuität) richten sich nach Indikation, Konzept und individueller Situation der betroffenen Leistungsnehmer (z. B. Belastbarkeit, Berufstätigkeit).

#### *F) DURCHFÜHRUNG:*

Die Reha-Nachsorge erfolgt ambulant, für Arbeitnehmer neben der beruflichen Tätigkeit, teilweise auch an den Wochenenden. Sie wird wohnortnah erbracht - sofern dies möglich ist. Reha-Nachsorge (berufsbegleitend durchgeführt) ist von ambulanter Reha (meist ganztägig durchgeführt) zu unterscheiden.

Reha-Nachsorge kann darüber hinaus in Form von Telerehabilitation, als telefonische Nachsorge oder internetbasiert durchgeführt werden.

#### *G) ZIELGRUPPE:*

Erwachsene Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen nach medizinischer Rehabilitation.

#### *H) LEISTUNGSTRÄGER/ LEISTUNGSRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN:*

Leistungen zur Reha-Nachsorge werden nach § 15 SGB VI oder als sonstige Leistungen zur Teilhabe gemäß § 31 Abs. 1 Satz Nr. 1 SGB VI erbracht. Diese Leistungen dienen der Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere dann, wenn das Ziel der Nachsorge die Sicherung des Erfolges der vorangegangenen medizinischen Reha ist.

Als weitere Vorschrift gilt der § 44 Absatz 1 Nr. 3 und 4 SGB IX. Nach dieser Vorschrift kann Reha-Sport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung sowie ärztlich verordnetes Funktionstraining erbracht werden.

Neben den Rentenversicherungsträgern können auch Krankenkassen und Berufsgenossenschaften Leistungen der Reha-Nachsorge erbringen. Hierzu zählen insbesondere Rehabilitationssport und Funktionstraining oder Patientenschulungen für chronisch Kranke.

#### *I) LEISTUNGSANBIETER:*

Leistungsanbieter/ -erbringer können neben stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen auch andere Einrichtungen sein, soweit sie den Anforderungen der Leistungsträger entsprechen. Auch Betriebe können im Rahmen von besonderen Kooperationen Reha-Nachsorgeleistungen anbieten.

#### *J) INDIKATIONEN:*

Medizinische Reha-Nachsorgeleistungen sind im Regelfall für bestimmte Problemkonstellationen konzipiert; folgende Indikationen werden eingeschlossen:

- Erkrankungen des Bewegungsapparates,
- Herz-Kreislaufkrankungen,
- neurologische Erkrankungen,
- psychische Erkrankungen, Psychosomatik,
- Stoffwechselerkrankungen,
- onkologische Erkrankungen,
- pneumologische Erkrankungen,
- Dermatologie, Hauterkrankungen,
- gastroenterologische Erkrankungen.

**ABSCHNITT II:**

*Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Datenbank des Zentrums Reha-Nachsorge:*

- Indikationen: Sucht, Geriatrie, Psychiatrie
- Angebote ausschließlich für Kinder oder Jugendliche<sup>23</sup>
- ausschließlich präventiv ausgerichtete Programme

**ABSCHNITT III:**

*Bereiche ohne spezifische Recherche: Für die nachfolgend aufgeführten Bereiche existieren bereits gut etablierte Strukturen bzw. Verzeichnisse und Register; deshalb ist die Aufnahme über entsprechende Verlinkungen vorgesehen.*

- ambulante Herzsportgruppen
- Schulungsmaßnahmen, Information
- klinische Sozialarbeit
- Selbsthilfegruppen

**ANMERKUNGEN:**

Die vorliegende Definition ist das Resultat eines projektspezifischen Konsensverfahrens: Erstens trägt sie zur Entscheidung über den Aus-/ bzw. Einschluss einer Reha-Nachsorgemaßnahme (Selektion) bei, zweitens ist eine einheitliche Begriffsverwendung vor dem Hintergrund der bundesweiten Vernetzung anzustreben; für weitergehende Prüfzwecke gilt dieser Entwurf als nicht hinreichend. Um die Bewertung eines inkludierten Reha-Nachsorgeangebots in Hinblick auf den SOLL-Zustand (Idealzustand) zu ermöglichen, wird im Rahmen des Projekts ein Set relevanter, indikationsübergreifender Qualitätskriterien erarbeitet. Erst die Qualitätsmerkmale sowie die Bewertung der Level of Evidence (bei Vorliegen einer Evaluationsstudie) ermöglichen die Beurteilung der Qualität einer nachsorgenden Maßnahme.

Für den Aufbau der Homepage [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) werden wir uns bei der Bewertung und Auswahl der Reha-Nachsorgeangebote zunächst vor allem auf die Angaben und Informationen aus den Recherchen und Konsultationen (Angaben der Ansprechpartner) verlassen müssen; eine Überprüfung der Angebote in der Praxis bzw. die Kontrolle der

---

<sup>23</sup> Rehabilitative Mutter-Kind-Maßnahmen zur Nachsorge sind einzuschließen, sofern die Mutter „Objekt“ der Rehabilitation ist.



Umsetzung (Qualitätskontrolle) kann im Rahmen dieses Forschungsvorhabens (Laufzeit bis einschließlich Dezember 2013) nicht realisiert werden.

## **Anhang B: ZeReNa-Screeningbogen**



## ZERENA-Erhebungsbogen

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben aktiv an der Umsetzung unseres Vorhabens „Aufbau eines web-basierten Zentrum Reha-Nachsorge“ (ZERENA)\* mitzuwirken! Wir bitten Sie, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen (Markieren Sie dafür zutreffende Aussagen bitte mit einem Kreuz bzw. nutzen die entsprechenden Freitextfelder!) und ihn baldmöglichst mit dem beigefügten freigemachten Umschlag an uns zurück zu senden.

**Bitte kopieren Sie das Blatt vor dem Ausfüllen, falls Sie Angaben zu mehreren Programmen machen können!**

\* Mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund).

**ABSATZ A):** Wir bieten:

- kein(e)  ein(e)  mehrere

Reha-Nachsorgemaßnahmen für Rehabilitanden<sup>1</sup> an.

→ Wenn Sie „kein“ gewählt haben, fahren Sie bitte mit Absatz B fort! Ansonsten beantworten Sie bitte auch die nachstehenden Fragen.

1. Art des Nachsorgeprogramms: \_\_\_\_\_
2. Indikation: \_\_\_\_\_
3. Informationen zum Programm erhält man über:
  - a) folgende Webpage: \_\_\_\_\_
  - b) beiliegendes Prospekt/ Informationsschreiben  (Bitte der Rücksendung an uns beifügen!)
  - c) folgende Veröffentlichung: \_\_\_\_\_
  - d) einen anderen Zugang: \_\_\_\_\_
4. Wurde das Programm bereits in einer Studie evaluiert:  ja  nein

→ Wenn „ja“, machen Sie bitte Angaben zum aktuellen Stand der Studie:

- publiziert in: \_\_\_\_\_
- nicht abgeschlossen, weil:  Studienabbruch  noch laufend
- unveröffentlichter Bericht:

*Im Fall, dass die Studienergebnisse als (noch) unveröffentlichter Bericht oder Dissertation vorliegen, bitten wir Sie, uns ein Exemplar (Kopie) des Studienberichts zukommen zu lassen<sup>2</sup> und uns zu genehmigen, die unveröffentlichte Arbeit unter Angabe der Quelle verwenden zu dürfen:*

- genehmigt  nicht genehmigt

<sup>1</sup> Entsprechend der tradierten Sprachgewohnheit benutzen wir vorliegend ausschließlich die männliche Schreibweise; dieses Vorgehen beinhaltet keine Wertung, Frauen sind in gleicher Weise angesprochen.

<sup>2</sup> Falls Sie dabei entstandene (erhöhte) Portokosten rückerstatten möchten, teilen Sie uns dies bitte mit!

**ABSATZ B):** Für den Fall, dass diese(s) Reha-Nachsorgeprogramm(e) den Selektionskriterien entspricht und in die Analysen eingeschlossen wird, bitten wir Sie um die Angabe einer Kontaktperson, die ggf. Rückfragen hierzu beantworten kann. Darüber hinaus werden wir Sie in diesem Falle nochmals kontaktieren, um die Genehmigung hinsichtlich der Veröffentlichung Ihrer Daten auf unserer Homepage ([www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)) abzustimmen!

Rückfragen beantwortet Ihnen ggf.: \_\_\_\_\_

unter der Rufnummer/ Mailadresse: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie bitte bevorzugt in der Zeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Uhr Kontakt auf.

**ABSATZ B):** Wir können Hinweise auf andere/ weitere (z.B. nicht von unserer Einrichtung angebotene) Nachsorgeprogramme liefern:

ja  nein

→ Wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte auch die nachstehenden Fragen:

1. Art des Nachsorgeprogramms: \_\_\_\_\_

2. Indikation: \_\_\_\_\_

3. Informationen zum Programm erhalten Sie über:

a) folgende Webpage: \_\_\_\_\_

b) beiliegendes Prospekt/ Informationsschreiben  (Bitte der Rücksendung an uns beifügen!)

c) folgende Veröffentlichung: \_\_\_\_\_

d) einen anderen Zugang: \_\_\_\_\_

4. Wurde das Programm bereits in einer Studie evaluiert:  ja  nein

→ Wenn „ja“, machen Sie bitte Angaben zum aktuellen Stand der Studie:

publiziert in: \_\_\_\_\_  
(Bitte vollständige Quelle angeben!)

nicht abgeschlossen, weil:  Studienabbruch  noch laufend

5. Anmerkungen/ Hinweise: \_\_\_\_\_

*Die Zusammenfassung und Auswertung bezüglich der vorliegend erfassten Informationen erfolgt selbstverständlich unter Gewährleistung des Datenschutzes; die Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben und werden ausschließlich im Rahmen der angestrebten systematischen Literaturübersicht genutzt. Rückschlüsse auf Individualdatenniveau werden nicht vorgenommen.*

**Vielen Dank!**

Ihr Stempel:

## **Anhang C: ZeReNa-Bewertungshilfe + Handanweisung**

### **Relevanz**

Bewertung auf der obersten Likertskala von 1 (überhaupt nicht relevant) bis 9 (sehr relevant):

---

R = Relevant: Skalenwerte 7-9    U = Unsicher: Skalenwerte 4-6    I = Irrelevant: Skalenwerte 1-3

---

Die Bewertung erfolgt nach eigenem derzeitigem Sachstand (Wissens- und Erfahrungswerten) und ohne Austausch der Beiratsmitglieder untereinander; das Ergebnis jedes Beiratsmitglieds hat gleiches Gewicht. Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen & Rath 2001]): Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem, QI wird von wissenschaftlicher Evidenz/ professionellem Konsens unterstützt<sup>1</sup>, Nutzenerwägungen unter Berücksichtigung potentieller Risiken/ Nebenwirkungen, Beeinflussbarkeit, Differenzierungsgrad: gute/ schlechte Qualität

### **Praktikabilität/ Machbarkeit**

Bewertung erfolgt -unabhängig von der Beurteilung hinsichtlich der „Relevanz“- separat auf der zweiten Likertskala von 1 (überhaupt nicht praktikabel/ machbar) bis 9 (sehr praktikabel/ machbar):

---

PM = Praktikabel/ Machbar: Skalenwerte 4-9    UPM = Unpraktikabel/ -machbar: Skalenwerte 1-3

---

Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Praktikabilität/ Machbarkeit als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen & Rath 2001]): Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für alle am Versorgungsprozess Beteiligten; Datenverfügbarkeit, Erhebungsaufwand, die Richtigkeit, Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten ist (mittels angemessener Plausibilitätsprüfungen) überprüfbar

### **Eignung für die öffentliche Berichterstattung**

Unabhängig von den Bewertungen hinsichtlich der Kriterien „Relevanz“ und „Machbarkeit“ wird jeder zu bewertende Indikator separat auf einer Likertskala von 1 (überhaupt nicht geeignet) bis 9 (sehr geeignet) bewertet; es wird zwischen folgenden Klassifikationen bzw. Güteklassen unterschieden:

---

G = Geeignet: Skalenwerte 7-9    F = Fraglich: Skalenwerte 4-6    U = Ungeeignet: Skalenwerte 1-3

---

Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010): Verständlichkeit/ Interpretierbarkeit des Indikators (auch für Laien), Risiko für Fehlsteuerungen, Reproduzierbarkeit, überregionale Gültigkeit, Institutionsunabhängigkeit

---

<sup>1</sup> Literaturanalysen sind nicht eigens durchzuführen!

Sehr geehrtes ZeReNa-Projektbeiratsmitglied,

um eine erste allgemeine Bewertung eines inkludierten Nachsorge-Angebots in Hinblick auf den SOLL-Zustand (Idealzustand) zu ermöglichen, wird im Rahmen des ZeReNa-Projekts ein Set relevanter (indikationsübergreifender, allgemeingültiger) Qualitätskriterien entwickelt<sup>1</sup>. Für den methodischen Ablauf dieses Projektabschnitts wurde das RAND/ UCLA-Verfahren (Fitch et al. 2001) adaptiert:

Die RAND/UCLA Appropriateness Methode (RAM) wurde in den 1980er Jahren in den USA in Kooperation mit der University of California auf der Basis des Delphi-Verfahrens für die Identifizierung von Über- und Unterversorgung (speziell in Hinblick auf chirurgische Interventionen) entwickelt. Ziel der RAM ist es, die Bewertung eines Sachverhalts durch eine Gruppe von Experten anhand einer Skala von 1 bis 9 zu ermitteln; durch die individuellen, schriftlichen Bewertungen und die 2-stufige Methode (1. Bewertung ohne Gruppendiskussion z. B. vom Arbeitsplatz/Wohnort) wird der Bias durch gruppendynamische Effekte reduziert. Konsens bzw. Dissens hinsichtlich der Bewertungen werden jeweils transparent dargestellt und diskutiert. Auf die RAND/UCLA Appropriateness Methode beziehen sich zahlreiche Publikationen als Methodik zur Erarbeitung von Indikatorsystemen, sie hat sich als international anerkannte, valide Methode in diesem Kontext etabliert; die Reproduzierbarkeit der ermittelten Ergebnisse stimmt mit derjenigen diagnostischer Tests überein (Campbell et al. 2003, Shekelle et al. 2001, Kravitz et al. 1995).

Im Kontext des vorliegenden Projekts wird das originale RAND/ UCLA-Verfahren an einigen Stellen variiert bzw. erweitert; Abbildung 1 gibt einen schematischen Überblick:

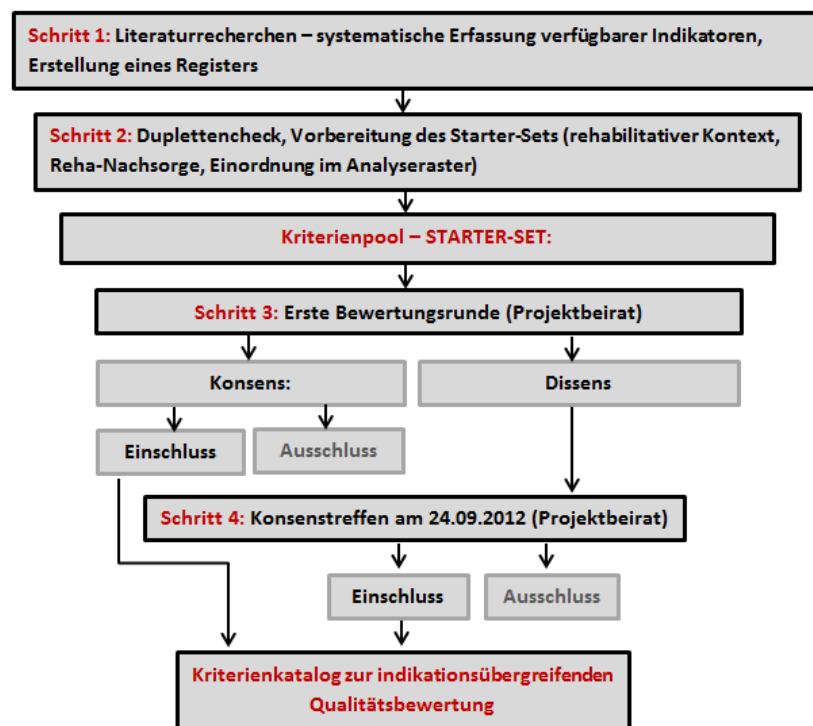


Abbildung 1: Methodik – Schematischer Überblick

<sup>1</sup> Die Qualität eines Versorgungsangebots kann nur dann objektiv bewertet werden, wenn eine allgemein akzeptierte Vorstellung von guter Qualität existiert; dies in Form von definierten Prüfkriterien (SOLL-Werten), mit denen der IST-Zustand abgeglichen wird (Geraedts et al. 2002, ÄZQ 2001).

In den vergangenen Monaten haben wir das Starter-Set entwickelt, das bedeutet heute steigen wir bei Schritt 3 in die erste Runde unseres Konsensverfahrens (siehe Abbildung 1) ein und benötigen dafür Ihre Unterstützung:

Anbei erhalten Sie ein Befragungstool, es enthält das erarbeitete Starter-Set (n = 1005 potentiell relevante Items) und ermöglicht Ihnen eine einfache Bewertung.

### Hinweise zum Start des Tools

Das Tool befindet sich in einer gepackten ZIP-Datei im Anhang dieser Email. Speichern Sie die ZIP-Datei auf Ihrem Rechner. Durch einen Klick mit der rechten Maustaste und der Auswahl von ‚Alle extrahieren...‘ können Sie die Datei entpacken. Das Tool ist eine MS Access Datenbank. Sie starten es durch einen Doppelklick auf die Datei QM\_Bewertung\_[Name].mdb. Abhängig von Ihren Sicherheitseinstellungen erscheint möglicherweise unmittelbar nach dem Öffnen eine gelbe Sicherheitswarnung direkt unter der Symbolleiste im oberen Bereich des Fensters (siehe Abbildung 2). **Um das Tool uneingeschränkt verwenden zu können, müssen Sie den Inhalt aktivieren, indem Sie auf den Knopf ‚Inhalt aktivieren‘ klicken!**

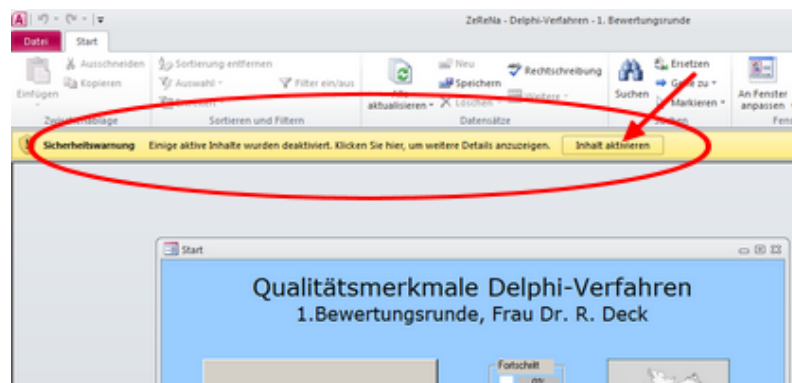


Abbildung 2: Screenshot der Sicherheitswarnung

Falls Sie eine weitere Sicherheitswarnung über die Anwendung einer „schreibgeschützten Version“ des Tools erhalten, speichern Sie die Datei bitte nochmals unter geändertem Namen ab und öffnen diese, bevor Sie mit den Eintragungen beginnen!

Unter „Kurzanleitung“ sind die wichtigsten Informationen zum Umgang mit dem Tool (Bearbeitung, Unterbrechen) zusammengefasst. Nachdem Sie diese gelesen haben, kann es mit der Bewertung der Items losgehen:

### Bewertung

Die Aufgabe eines jeden Beiratsmitglieds besteht darin, jedes Item eigenständig hinsichtlich der Bewertungskriterien Relevanz, Machbarkeit/ Praktikabilität und Eignung für die öffentliche Berichterstattung zu bewerten. Die Items (ZeReNa-Indikator) werden Ihnen nacheinander ohne



inhaltlich-sinnvolle Rangreihung<sup>2</sup> präsentiert. Normalerweise bestehen Qualitätsindikatoren aus einem Nenner und einem Zähler. Im Rahmen unseres Projektes soll ein erste, allgemeingültige Einschätzung (und daraus resultierende Vergleichbarkeit) der eingeschlossenen Nachsorgeprogramme gewährleistet werden. Die nötigen Informationen werden mit einer Art Checkliste bei den jeweiligen Anbietern erfragt; Audits oder Überprüfungen im Rahmen von Begehungen sind in diesem Rahmen nicht möglich! Aus diesem Grund sind -bis auf einige sehr wenige Ausnahmen- unsere Items Formulierungen, die ein geschlossenes Antwortformat (ja, nein, unklar) zulassen.

Jedes Item wird gleichzeitig bzgl. folgender Kriterien beurteilt (Sie finden diese Kriterien auch nochmal auf der einseitigen Bewertungshilfe zusammengefasst!):

#### *Relevanz*

Bewertung auf der obersten Likertskala von 1 (überhaupt nicht relevant) bis 9 (sehr relevant); es gibt folgende Klassifikation bzw. Güteklassen (vgl. farbliche Markierung des Balkens):

---

R = Relevant: Skalenwerte 7-9    U = Unsicher: Skalenwerte 4-6    I = Irrelevant: Skalenwerte 1-3

---

Die Bewertung erfolgt nach eigenem derzeitigem Sachstand (Wissens- und Erfahrungswerten) und ohne Austausch der Beiratsmitglieder untereinander; das Ergebnis jedes Beiratsmitglieds hat gleiches Gewicht. Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen & Rath 2001]): Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem, QI wird von wissenschaftlicher Evidenz/ professionellem Konsens unterstützt<sup>3</sup>, Nutzenerwägungen unter Berücksichtigung potentieller Risiken/ Nebenwirkungen, Beeinflussbarkeit, Differenzierungsgrad: gute/ schlechte Qualität

#### *Praktikabilität/ Machbarkeit*

Bewertung erfolgt -unabhängig von der Beurteilung hinsichtlich der „Relevanz“- separat auf der zweiten Likertskala von 1 (überhaupt nicht praktikabel/ machbar) bis 9 (sehr praktikabel/ machbar); es gibt folgende Klassifikation bzw. Güteklassen:

---

PM = Praktikabel/ Machbar: Skalenwerte 4-9    UPM = Unpraktikabel/ -machbar: Skalenwerte 1-3

---

Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Praktikabilität/ Machbarkeit als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010, AQUIK [Kleudgen et al. 2011], QUALIFY [Lüngen & Rath 2001]): Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für alle am Versorgungsprozess Beteiligten; Datenverfügbarkeit, Erhebungsaufwand, die Richtigkeit, Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten ist (mittels angemessener Plausibilitätsprüfungen) überprüfbar

#### *Eignung für die öffentliche Berichterstattung*

<sup>2</sup> Die inhaltlich-sinnvolle Rangordnung der Items wird abschließend beim Beiratstreffen vorgenommen!

<sup>3</sup> Literaturanalysen sind nicht eigens durchzuführen!

Über die Kriterien des RAND/ UCLA-Verfahrens hinausgehend wird die „Eignung für die öffentliche Berichterstattung“ (vgl. AQUA-Methodik 2010) eingeführt: Hierunter wird verstanden, dass ein Item in der Lage ist, faire und verständliche Qualitätsvergleiche zwischen einzelnen Anbietern zu ermöglichen (ebd.). Im Rahmen des ZeReNa-Projekts sollen die Ergebnisse schlussendlich der Öffentlichkeit auf einer Webpage zur Verfügung stehen; vor diesem Hintergrund hat das Kriterium u.E. besondere Relevanz.

Unabhängig von den Bewertungen hinsichtlich der Kriterien „Relevanz“ und „Machbarkeit“ wird deshalb jeder zu bewertende Indikator separat auf einer Likertskala von 1 (überhaupt nicht geeignet) bis 9 (sehr geeignet) bewertet; es wird zwischen folgenden Klassifikationen bzw. Güteklassen unterschieden:

---

G = Geeignet: Skalenwerte 7-9	F = Fraglich: Skalenwerte 4-6	U = Ungeeignet: Skalenwerte 1-3
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

---

Folgende Aspekte sind zur Beurteilung der Relevanz als Bewertungshilfe heranzuziehen (vgl. AQUA 2010): Verständlichkeit/ Interpretierbarkeit des Indikators (auch für Laien), Risiko für Fehlsteuerungen, Reproduzierbarkeit, überregionale Gültigkeit, Institutionsunabhängigkeit

Bitte bewerten Sie alle Items nacheinander nach diesem Modus; Ihren Fortschritt können Sie anhand des Fortschrittbalkens prüfen. Selbstverständlich können Sie die Durchführung jederzeit unterbrechen (Klicken Sie „Formular schließen“); wenn Sie fortfahren möchten, öffnen Sie das Tool jederzeit über „Bewertung fortsetzen“! Nach Abschluss senden Sie das Tool bitte an folgende Mail-Adresse zurück: [susanne.schramm@uksh.de](mailto:susanne.schramm@uksh.de).

### **Hinweise zur Rücksendung**

Um Blockierungen beim Versand der Datei zu vermeiden, können Sie durch einen Klick mit der rechten Maustaste und der Auswahl des Punktes ‚Senden an‘ -> ‚ZIP-komprimierter Ordner‘ eine gepackte ZIP-Datei erstellen. Diese kann problemlos von jedem Email-Account versendet werden.

Wir bitten um die Rücksendung bis einschließlich Montag, 3. September 2012 damit wir die Ergebnisse auswerten und für die zweite Konsensrunde (Beiratstreffen am 24. September) entsprechend vorbereiten können (Informationen zur Auswertungsstrategie erhalten Sie beim Treffen vor Ort).

### **Probleme**

Sollten Sie MS Access nicht zur Verfügung haben, können wir Ihnen eine installierbare bzw. standalone Version der Datenbank bereitstellen. Melden Sie sich bitte bei technischen Problemen/ Fragen bei: [Christian.Himstedt@uksh.de](mailto:Christian.Himstedt@uksh.de) (Telefon ab 27.08.2012: 0451 / 500 5873).

Bei inhaltlichen Fragen erreichen Sie mich (Susanne Schramm) unter der Rufnummer 04171/ 788 036, da ich nach einer OP derzeit vom Homeoffice aus agiere.

**Nochmals herzlichsten Dank für Ihre Unterstützung!**

## **Anhang D: Leitfaden**

Cluster	Leitfaden
<b>Vorwort(e):</b>	Begrüßung, Vorstellung, Erläutern des Anliegens, ggf. Verbindung zur Kontaktperson/ Ansprechpartner oder Terminierung für TI
<b>Adresse/ Kontakt:</b>	Abgleich der Adresse (Korrektheit der Angaben)
	<i>Zunächst würde ich der Korrektheit halber gerne die Daten zur Adresse mit Ihnen abgleichen...</i>
	Daten des Gesprächspartners
	<i>Jetzt bräuchte ich einige Angaben zu Ihrer Person... Diese werden selbstverständlich nicht online gestellt, sondern dienen lediglich dazu ggf. nochmals Kontakt aufnehmen zu können und damit wir für uns intern dokumentieren, mit wem wir gesprochen haben...</i>
<b>Allgemeines:</b>	Name + Kürzel des Angebots
	<i>Kommen wir nun zu dem Reha-Nachsorgeangebot, welches wir in unsere Datenbank aufnehmen wollen: Können Sie mir die konkrete Bezeichnung/ den Namen hierfür nennen... Gibt es ein Kürzel welches sich eingebürgert hat...</i>
	Kontaktperson (Daten)
	<i>Wenn man sich als Rehabilitand für das Angebot interessiert, an wen tritt man mit seinen Fragen heran, wer gilt als Ansprechpartner?</i>
	Ort der Durchführung
	<i>Ich bräuchte nun konkrete Angaben darüber, wo das Reha-Nachsorgeprogramm durchgeführt wird...</i>
	Termine + Treffpunkt
	<i>Können Sie mir sagen, wann bzw. an welchen Wochentagen das Programm stattfindet?</i>
<b>Beschreibung:</b>	Art des Reha-Nachsorgeangebots
	<i>Bei den nächsten Fragen geht es darum, das Reha-Nachsorgeangebot möglichst umfassend zu beschreiben: Können Sie mir zunächst sagen, um was für eine Art von Angebot es sich speziell handelt...</i>
	Beschreibung der Intervention
	<i>Können Sie mir Ihr Angebot nun näher beschreiben? ... (Setting, Interventionsbausteine)</i>
	Methoden
	Ziele
<b>Rahmenbedingungen:</b>	Gruppen- vs. Einzelangebot
	<i>Handelt es sich um ein Angebot für Gruppen oder um ein Einzelangebot?</i>
	Indikationen
	Zielgruppe
	<i>Wer, d.h. welche Personengruppen sollen durch das Reha-Nachsorgeangebot angesprochen werden, wer gilt als Zielgruppe?</i>
	Selektionskriterien
	<i>Welche Kriterien für den Einschluss einer Person sind definiert? Welche definierten Ausschlusskriterien gibt es?</i>
	Zeitraumen
	<i>Die nächsten beiden Fragen betreffen zunächst die Regelmäßigkeit Ihres Angebots: Seit wann bieten Sie Ihr Programm an? ...</i>
	Interventionsdosis
	<i>Kommen wir zu Fragen, die die Interventionsdosis betreffen: ...</i>
	Anbieter + Kostenträger

<i>Wer ist konkret der Anbieter des Reha-Nachsorgeangebots? Wer ist der Kostenträger des Reha-Nachsorgeangebots?</i>	
	Kosten
<i>Wissen Sie auf wie viel sich in etwa die Kosten pro Teilnehmer belaufen? Wie hoch ist der zu leistende Eigenanteil, den Rehabilitanden selbst zu tragen haben?</i>	
	Zugang
<i>Über welche Zugänge können Betroffene an ihrem Angebot teilnehmen, über: ... Gibt es dabei etwas zu beachten (z.B. Verordnung durch Rezept etc.)? (Eintrag unter Sonstiges)</i>	
	Wartezeit
<i>Können Sie eine Angabe zur durchschnittlichen Wartezeit machen: D.h. wie viel Zeit (in Wochen) vergeht in etwa für einen interessierten Rehabilitanden bis er mit der Reha-Nachsorgemaßnahme bei Ihnen beginnen kann?</i>	
<b>Ausstattung</b>	Räumliche Ausstattung
<i>Kommen wir nun zu Fragen, die die Ausstattung betreffen; zunächst zur räumlichen Ausstattung: Nutzen Sie eigene Räumlichkeiten oder kooperieren Sie mit anderen Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken)?</i>	
	Personelle Ausstattung
<i>Kommen wir inhaltlich zur personellen Ausstattung: Können Sie mir sagen, welche Berufsgruppen in die Durchführung des Reha-Nachsorgeangebots involviert sind? ... Sind zusätzliche Qualifikationen erforderlich und wenn ja, welche?</i>	
	Einarbeitung
	...
<b>Information</b>	
<i>Wo kann man als Interessent Informationen über Ihr Programm finden...? Falls eine Webpage verfügbar ist, wie lautet deren Name?</i>	
<b>Konzeptqualität</b>	Manual
	Entwickler/ Erfinder
	Evidenzbasierung
<b>Qualitätssicherung</b>	Interne Qualitätssicherung (QS)
<i>Die nächsten Fragen drehen sich um das Thema Qualitätssicherung; zunächst zur internen QS: Welche Maßnahmen werden hierzu durchgeführt? ...</i>	
	Externe QS
<i>Welche Maßnahmen gibt es zur externen QS?</i>	
<b>Externe Vernetzung/ Ressourcen</b>	
<i>Kommen wir zu den letzten Fragen: Diese beziehen sich auf externe Vernetzungen und Ressourcen und da würde ich zunächst gern wissen ...</i>	
<b>Abschluss</b>	Dank fürs Gespräch
	Klärung von ausstehenden Fragen/ Unklarheiten
	Aufklärung übers weitere Procedere unsererseits: Einwilligungserklärung für das Online-Stellen der Daten
	Bekanntgabe unserer Webpage/ unserer Kontaktdaten zwecks Rückfragen
	Verabschiedung

## **Anhang E: Evidenztabellen**

Quelle, Studienkürzel	Ziel/ Forschungsintention, Evidenzgrad: Studiendesign	Selektionskriterien (Einschluss)	Stichprobe <sup>a</sup>	Intervention [Dosis], Setting (ST), Schwerpunkt (SP)	Zielgrößen, [Messzeitpunkte, NBZ]
<b>Indikationsübergreifend (*siehe Anmerkung)</b>					
Sterdt et al. 2010, Lamprecht et al. 2011, Lamprecht et al. 2012, DRV Bund 2011  <i>IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge)</i>	Verstetigung der Rehabilitationserfolge, Erhalt der Erwerbstätigkeit, Evaluation des Programms (Orthopädie)  4a: unkontrollierte Kohortenstudie (Fallserie)	bis zu 12 Mo nach stationärer/ ambulanter Rehabilitation, DRV Bund	Routinedaten DRV (n=30.663) Einrichtungsbefragung (n=225) IRENA-Teilnehmer (Orthopädie) <sup>b</sup> (n=750)	berufsbegleitendes, wohnortnahes Nachsorgeprogramm der DRV Bund (8 Wo, maximal 24/ 36 Behandlungseinheiten a 90-120 Min, Beginn innerhalb von 3 Mo nach AHB) ST: ambulante Gruppe SP: Verhaltensmodifikation, Entspannung, Information, Schulung, Training	Inanspruchnahme, Praktikabilität, berufliche LF, Gesundheitszustand, Funktionskapazität, gesundheitsbezogene LQ
Sterdt et al. 2010, Sibold et al. 2011, DRV Rheinland-Pfalz 2012  <i>MERENA (Medizinische Rehabilitationsnachsorge)</i>	Verstetigung der Rehabilitationserfolge  4a: unkontrollierte Kohortenstudie (Fallserie)	bis zu 12 Mo nach stationärer/ ambulanter Rehabilitation nach § 15 SGB VI, DRV Rheinland-Pfalz, positive Erwerbsprognose, Leistungsfähigkeit > 3 Std. täglich	M = 133 (81%) W = 31 (19%)  Alter: 44,1 (9,3)	berufsbegleitendes, wohnortnahes Nachsorgeprogramm der DRV Rheinland-Pfalz (8 Wo, maximal 24 Behandlungseinheiten a 90-120 Min, Beginn innerhalb von 3 Mo nach AHB) ST: ambulante Gruppe SP: Verhaltensmodifikation, Gruppenarbeit, Entspannung, Information, Schulung, Training, KG	Inanspruchnahme
Sterdt et al. 2010, DRV Saarland 2005  <i>ARENA (Ambulante Rehabilitationsnachsorge)</i>	Verstetigung der Rehabilitationserfolge	bis zu 12 Mo nach HV, DRV Saarland, Wohnort < 30 km, Mobilität, kein Bezug von Altersrente, LF > 6 Std. für leichte Arbeit nach Abschluss der Maßnahme	-	wohnortnahes Nachsorgeprogramm der DRV Saarland (12 Wo, maximal 24 Behandlungseinheiten a 90 Min, Beginn innerhalb von 4 Wo nach HV) ST: ambulante Gruppe SP: physikalische Therapie, Sport/ Bewegung, Sprach- und Psychotherapie sowie Hirnleistungstraining	-
Sterdt et al. 2010, DRV Baden-Württemberg 2008  <i>ASP (Ambulantes Stabilisierungsprogramm)</i>	Verstetigung/ Verbesserung der Verhaltensmodifikation und Leistungsfähigkeit	bis zu 6 Mo nach Reha, DRV Baden-Württemberg, Arbeitsfähigkeit von mind. 3 Std. täglich, keine Erwerbsminderungsrente	-	Nachsorgeprogramm der DRV Baden-Württemberg (3 Mo, maximal 24 Behandlungseinheiten a 90 Min, Beginn innerhalb von 4 Wo) ST: ambulant SP: Reha-Sport, Funktionstraining, Entspannung, Motivation, Ernährungs-/ Sozialberatung, Angehörigengespräche	-

Kardiologie					
Tegtbur et al. 2001 <i>Hannover-Modell der Langzeitrehabilitation</i>	Evaluation des Phase II/ III- übergreifenden Verfahrens, langfristige Verhaltensmodifikation sowie Beschleunigung der sozialen und beruflichen Reintegration  4a: unkontrollierte Kohortenstudie	Zn nach MI, Bypass-OP, KHK und/ oder PTCA, Zuweisung durch Haus- Facharzt oder Akutklinik	M = 56 (90%) W = 6 (10%)  Alter: 61,4 (9,0)	(15 Tage Intensivphase) + 12 Mo Langzeitphase (Phase III, 2 Behandlungseinheiten pro Wo) ST: ambulant SP: Diagnostik, Psychotherapie zur Verhaltensänderung, Integration der Haus- und Fachärzte, telemetrisch überwachtes Training	Kardiovaskuläres Risikoprofil, Funktionsparameter
Karoff et al. 2000 <i>INA (Intensivierte Nachsorge)</i>	Evaluation des intensivierten RNSP, Verbesserung der beruflichen Reintegration nach kardialer AHB  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	AU nach AHB, Alter < 60 Jahre, Zn nach MI, PTCA, Bypass-OP oder Herzklappen-OP, kein Bezug von Rente, kein RA	M = 125 (93%) W = 9 (7%)  Alter: 48,9 (7,6)	6 Wo a 2 BT Comprehensive Care (72 Std insgesamt) ST: ambulante Gruppe SP: Sport- und Bewegung, MTT, KrG, Ernährung, Information, Sozialberatung, psychologische Betreuung	Kardiovaskuläres Risikoprofil, Funktionsparameter, RTW, Krankheitsbewältigung, Gesundheitsverhalten, Funktionalitätsgewinn, Psychische Balance  [T1: Beginn, T2: 6 Mo, T3: 24 Mo]
Buchwalsky et al. 2002	Evaluation der ambulanten Herzgruppe (aHG)  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	AHB in der Schüchtermann-Klinik, Zn nach HI, Bypass-OP oder PTCA	N = 75  Alter: 63,3	Kontrolliertes Bewegungs- und Trainingsprogramm im Rahmen einer Herzgruppe ST: ambulante Gruppe SP: Sport- und Bewegung	Kardiovaskuläres Risikoprofil, kardiale Leistungsfähigkeit, kardiale Morbidität  [NBZ = 7,5 Jahre]
Bertram et al. 2002	Evaluation eines Intervalltrainings mit ambulanter Nachsorgephase bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz  4a: unkontrollierte Kohortenstudie	Auswurfraction (EF) < 30%, maximale Sauerstoffaufnahme von < 20ml/kg/min	M = 20 (80%) W = 5 (20%)  Alter: 59	Ergometer-Intervalltraining nach Meyer et al. 1997 (5x pro Wo 21 Min täglich) + 3 Mo ambulantes Gehtraining (7x pro Wo 15 Min täglich) + Patientenschulung (1x pro Wo) + Protokollbögen zur Selbstbeobachtung/ -dokumentation ST: stationär + ambulant	aerobe Leistungsfähigkeit, maximale Sauerstoffaufnahme, psychische und körperliche Lebensqualität
Koepchen & Roth 2002	Evaluation der ambulanten Gefäßsportgruppe Dortmund  4a: unkontrollierte Kohortenstudie	AVK-Patienten im Claudicatio-Stadium IIa oder b ohne Kontraindikation	M = 86 (83%) W = 18 (17%)  Alter: 50-80	Gefäßsporttraining (2x pro Wo a 1 Std) ST: ambulante Gruppe SP: Aufwärmphase, Geh-Training, Gymnastik, spielerische Übungen	beschwerdefreie Gehstrecke



Tegtbur et al. 2003	Evaluation des Phase-III-Modells für Herztransplantierte 1b: RCT	Zn nach Herztransplantation ohne akute Abstoßungsreaktion, ohne Koronarstenosen > 50%, ohne orthopädische Erkrankungen	M = 19 (95%) W = 1 (5%) Alter: 55 (7)	Medizinische Nachsorge (HTX-Ambulanz) + 10 Tage rehabilitative/ sportmedizinische Leistungen sowie psychologische/ ärztliche Beratung + individuelles Ergometer-Heimtraining (4x pro Wo über 12 Mo)	Kardiovaskuläres Risikoprofil, kardiale Leistungsfähigkeit, Lebensqualität
Hoberg 2004, Sterdt 2010 <i>HANSA-Studie</i>	Optimierung des kardiovaskulären Risikoprofils, Verstetigung der Rehabilitationseffekte, Evaluation des Konzepts 1b: RCT	Anschlussrehabilitation nach MI bzw. Revaskularisation, ohne wesentliche Komorbiditäten, keine TN an anderen Nachsorgeprogrammen, deutsche Sprachkenntnisse, Alter < 80 Jahre	M = 175 (83%) W = 36 (17%) Alter: 60,9 (9,3)	3 Auffrischkurse nach 6 Wo, 4 Mo bzw. 9 Mo (a 3,5 Std) ST: ambulante Gruppe SP: Gruppengespräche, EKG-überwachte Ergometrie, Arztgespräche, Information (Seminar), Gruppengymnastik inkl. Muskelentspannung	Kardiovaskuläres Risikoprofil, Akzeptanz, Gesundheitsbezogenes Verhalten
Mittag & China 2004, Sterdt 2010 <i>Lübecker Nachsorgestudie</i>	Optimierung der kardialen Sekundärprävention, Evaluation des telefonischen Nachsorgeprogramms 1b: RCT	Zn nach akutem koronarem Ereignis (ICD 10: 120-125), Zeitraum: Juli 2002-Juni 2003	M = 135 (79%) W = 36 (21%) Alter: 58,9 (9,8)	Telefonische Nachsorge über 12 Mo durch geschultes Pflegepersonal (Telefonate a 30 Min) SP: Risikofaktorenmanagement, Angst- und Krankheitsbewältigung	Kardiovaskuläres Risikoprofil, Mortalität [NBZ = 12 Monate]
Völler et al. 2004	Prüfung der Akzeptanz eines Patientenpasses als Führungsinstrument innerhalb der Nachsorgephase 4a: unkontrollierte Kohortenstudie	KHK-Patienten, die im Rahmen der PIN-Studie im Reha-Zentrum Rüdersdorf einer AHB zugeführt wurden	M = 341 (75%) W = 113 (25%) Alter: M = 63 (10) W = 69 (10)	Führung eines Patientenpasses im Nachsorgezeitraum über 12 Mo + Bekanntgabe der Zielwerte für das kardiovaskuläre Risikoprofil SP: Information	Akzeptanz/ Nutzung [NBZ = 12 Monate]
Bönnner & Komnik 2006 <i>LINa (LVA-Infarkt-Nachsorge)</i>	Evaluation der strukturierten Nachsorge zur Verstetigung der Rehabilitationserfolge und zur Optimierung des kardialen Risikoprofils 1b: RCT	LVA-versicherte KHK-Patienten, Alter < 60 Jahre, Wohnort < 150km Entfernung, deutsche Sprachkenntnisse <sup>c</sup>	M = 134 (88%) W = 18 (12%) Alter: 48,0	strukturierte, comprehensive Nachsorge über 2 Jahre (alle 4 Mo 1x täglich) ST: ambulante Gruppe SP: Entspannung, psychologische und Ernährungsberatung, Bewegung, Arzt- sowie Gruppengespräche	Kardiovaskuläres Risikoprofil [NBZ = 24 Monate]

Scholz et al. 2006	Evaluation eines kardialen Selbstmanagement-Nachsorge-Angebots  1b: RCT	KHK-Patienten nach stationärer AHB, medizinische Empfehlung zur Ausübung körperlicher Aktivität, ausreichend Sprachkenntnisse, keine Kontraindikationen zur Ausübung körperlicher Aktivität	M = 163 (82%) W = 35 (18%) <sup>d</sup>  Alter: 58,5 (10,6) <sup>d</sup>	Selbstmanagementstrategie: Aktivitäts- und Bewältigungsplanung + Selbstbeobachtung/ -dokumentation (Aktivitätstagebücher) ST: Eigeninitiative am Wohnort SP: Sport- und Bewegung	Ausführung körperlicher Aktivität, Depressivität  [NBZ = 12 Monate]
Bönnner & Rauch 2007, Keck et al. 2011 <sup>e</sup>  <i>KARENA (Kardiologische Reha-Nachsorge)</i>	Verstetigung der Rehabilitationserfolge durch Booster-Effekte, Evaluation des KARENA-Programms  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	Patienten nach AHB in der Drei-Burgen-Klinik, Teilnahme an einer ambulanten SHG (Herzsport), Leistungsfähigkeit für mindestens 6 Std täglich	M = 135 (90%) W = 15 (10%)  Alter: 65,9 (7,7)	4 halbtägige Nachsorgeveranstaltungen über 12 Mo (Beginn innerhalb von 3 Mo nach AHB, Interventionsdosis gesamt = 16 Stunden) <sup>f</sup> ST: ambulante Gruppe (max. 24 TN) SP: Sport und Bewegung, Ernährung, Medikation, psychosoziale Aspekte, Arztgespräche	Morbidity, AU-Zeiten  [NBZ = 12 Mo]
Degenhardt et al. 2007, Unverdorben et al. 2007  <i>AHG (Ambulante Herzsportgruppe)</i>	Untersuchung des Verletzungsrisikos in ambulanten Herzsportgruppen  4b: unkontrollierte Querschnittsstudie	Teilnehmer der ambulanten Herzsportgruppen des Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbandes (HBRS)	M = 1504 (78%) W = 431 (22%)  Alter: 65,9 (7,7)	Ambulante Herzsportgruppen ohne nähere Beschreibung ST: ambulante Gruppe SP: Sport- und Bewegung	Verletzungsrisiko, Symptombelastung
Sterdt 2010  <i>KANA (Kardiologische Nachsorge)</i>	Begleitung in der kritischen Phase der Wiedereingliederung, Verstetigung der Reha-Erfolge	Patienten nach kardialer AHB, DRV Nord	-	6 halbtägige Nachsorgeveranstaltungen über 6 Mo (Beginn innerhalb von 4 Wo nach AHB) ST: ambulante Gruppe (max. 6 TN) SP: Sport und Bewegung (Gruppenenergometertraining, Gymnastik), Arztgespräche/ Beratung	-
Ernst & Hübner 2012  <i>Intervallreha</i>	Evaluation der Intervallrehabilitation bei Diabetes mellitus  1b: RCT	Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 bei BMI>30, DRV Bund, Erwerbsfähigkeit > 12 Mo, ohne schwerwiegende Zweiterkrankung, ausreichende Deutsch-, Sprach- und Lesekenntnisse	M = 161 (75%) W = 54 (25%)  Alter: 50,6 (7,1)	Langzeitbetreuungsprogramm der Klinik Niederrhein (Bad Neuenahr-Ahrweiler): (21 Tage stationäre Reha) + telefonische Nachsorge + stationäre Auffrischungswoche nach 6 Mo (9 Unterrichtseinheiten) ST: stationär SP: Schulung, Information, Zielformulierungen, Bewegung, Telefonate <sup>g</sup> und Arztgespräche	Kardiovaskuläres Risiko (PROCAM-Score), BMI, Lebensqualität, Krankheitsbewältigung  [NBZ = 12 Mo]

<p>Karoff 2012<sup>h</sup></p> <p><i>BERUNA</i></p>	<p>Evaluation des BERUNA-Konzepts (Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge)</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Patienten mit kardiovaskulärer Reha-Diagnose + besonderer beruflicher Problemlage, Versicherte der DRV Westfalen/ DRV Nord, Alter &lt; 58, WO &lt; 70 km, SIBAR mindestens 8, schlechte subjektive Erwerbsprognose (SPE), Erwerbstätige/ Arbeitslose</p>	<p>M = 134 (90%) W = 15 (10%)</p> <p>Alter: 48,8 (6,0)</p>	<p>Berufbezogene Rehabilitation (3 Wo) + 6 Mo berufsbezogene Nachsorge (4 Termine, ca. 15 Std insgesamt) ST: stationär + ambulant SP: Psychotherapie, Beratung, berufsbezogene/ problemorientierte Gruppenarbeit, Ausdauertraining, Stressbewältigung, Entspannung</p>	<p>Berufliche Teilhabe (RTW)</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<b>Orthopädie</b>					
<p>Schöps et al. 2000</p> <p><i>MÜRIP (Münchner Rücken-Intensiv-Programm)</i></p>	<p>Evaluation des integrativen Behandlungskonzepts in Hinblick auf Praktikabilität und Effektivität</p> <p>4a: unkontrollierte Kohortenstudie</p>	<p>Patienten mit chronischem Rückenschmerz seit mind. 6 Mo, 4 Wo Rückenschmerzbedingte AU, Alter &lt; 65 Jahre, Berufstätigkeit/ Berentung, kardiopulmonare Belastbarkeit, Deutschkenntnisse, ohne psychiatrische/ maligne Grunderkrankung</p>	<p>M = 16 (38%) W = 26 (62%)</p> <p>Alter: 42,0</p>	<p>(4 Wo Ganztagesprogramm) + 6 Mo Nachsorge: 1x pro Mo Therapie-/ Behandlungstag ST: ambulante Gruppe SP: Information, Kraft, Ausdauer, Koordination, Arbeits- und Gebrauchsbewegungen, Psychosoziale Schmerzbewältigung, Entspannung, Gruppentherapie</p>	<p>Schmerz, Beschwerden, Depressivität, Funktionsbeeinträchtigung, Arztkontakte</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<p>Ehlebracht-König et al. 2009, Ehlebracht-König &amp; Bönisch 2004, Jalivand et al. 2003-2005</p> <p><i>Fraktionierte Reha</i></p>	<p>Verstetigung der Rehabilitationseffekte bei rheumatischen Erkrankungen, Prüfung der Praktikabilität und Akzeptanz des Konzepts</p> <p>1b: RCT</p>	<p>gesicherte Diagnose bei Reha-Beginn, aktuelle Teilnahme am Schulungsprogramm, deutsche Sprachkenntnisse, ohne vorzeitigen Reha-Abbruch</p>	<p>M = 69 (51%) W = 71 (49%)<sup>d</sup></p> <p>Alter: 44,0 (8,9)<sup>d</sup></p>	<p>(3 Wo reguläres Reha-Programm) + 1 Wo Nachsorge 3-5 Mo nach Entlassung ST: stationäre Gruppe<sup>i</sup> SP: Edukation/ Information, Krankheitsbewältigung, Motivationsförderung, Training (KG, Sporttherapie, Entspannung)</p>	<p>Schmerz, Lebensqualität, AU-Zeiten, psychosoziale Parameter, körperliche Aktivität, Akzeptanz</p> <p>[NBZ = 24 Mo]</p>
<p>Mangels et al. 2009</p>	<p>Verstetigung der Rehabilitationseffekte, Evaluation der Nachsorge</p> <p>1b: RCT</p>	<p>DRV Bund, Muskuloskeletale Erkrankungen (ICD-10: M00-99), Deutschkenntnisse, ohne OP&lt;3 Mo, ohne Abbruch der Reha (3 Wo)</p>	<p>M = 90 (76%) W = 29 (24%)</p> <p>Alter: 48,3 (15,8)</p>	<p>(Verhaltensmedizinische orthopädische Rehabilitation Bad Pyrmont) + 7 Booster Sessions von geschulten Psychologen durchgeführt ST: (stationär) + ambulant SP: Usual Care + Zieldefinition und ständige Kontrolle dieser, Muskelentspannung, Schmerzbewältigungsstraining, Psychotherapie</p>	<p>Gesundheitsstatus, Selbstwirksamkeit, Lebenszufriedenheit, Schmerz, Depression</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>

Deck et al. 2009, Deck et al. 2012 <i>Neues Credo</i>	Entwicklung + Evaluation eines Nachsorgekonzepts für Patienten mit chronischem Rückenschmerz zur Verstetigung der Rehabilitationseffekte  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	Kostenträgerschaft der DRV, cRS, M51-54 nach ICD-10, ohne Rücken-OP < 6 Mo, kein AHB-Verfahren	M = 65 (39%) W = 101 (61%)  Alter: 51,3 (7,4)	(Initialphase: stationäre Reha gemäß dem Neuen Credo) + 12 Mo Nachsorge (Nachsorgebeauftragter) ST: (stationär) + Eigeninitiative SP: Aktivitäts- und Bewältigungsplanung in Bezug auf körperliche Aktivität, Selbstbeobachtung und -dokumentation	Funktionskapazität, IMET, Einschränkungstage, körperliche Aktivität, psychosoziale Parameter, Vitalität etc.  [NBZ = 24 Mo]
Kordy 2011 <sup>h</sup>	Evaluation eines internet-vermittelten post-stationären Verhaltenstrainings  1b: RCT	nicht berichtet	N = 169 <sup>l</sup>	Internetgestützte gruppentherapeutische Nachsorge im Anschluss an die stationäre Rehabilitation (12-15 Wo wöchentliche Sitzungen in halboffener Gruppe a 90 Min, angeleitet durch Therapeut) ST: ambulant SP: Selbstmonitoring, problemorientierte Chats (12 Teilnehmer)	Schmerz, Funktionsbehinderung  [NBZ = 4 Mo]
<b>Psychosomatik</b>					
Albrecht et al. 2000	Gesundheitsökonomische Evaluation des Programms  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	Mütter mit mindestens einem Kind im Vorschulalter + Angst-, Ess- oder depressive Störungen	W = 60 (100%) <sup>k</sup>	(Intensivphase: 8 Wo multimodale Behandlung) + Nachbetreuung: 9 Mo 36 Doppelstd. psychodynamische Gruppengespräche (8 Teilnehmer) ST: ambulant SP: Gruppen-, Einzel-, Körper- und Kunsttherapie	gesundheitsökonomische Parameter (Kosten-Nutzen-Analyse)  [NBZ = 12 Mo]
Kobelt et al. 2004	Untersuchung der Inanspruchnahme ambulanter psychosomatischer Nachsorge  4a: unkontrollierte Kohortenstudie (Fallserie)	Versicherte der LVA Hannover, stationäre psychosomatische Behandlung (Reha) in einer der 3 kooperierenden Kliniken, WO im Großraum Hannover	M = 86 (46%) W = 101 (54%)  Alter: 45,9 (8,9)	Psychosomatische Nachsorge im Grossraum Hannover (nicht näher beschrieben) ST: ambulant	Inanspruchnahme
Kobelt et al. 2010 <i>Curriculum Hannover</i>	Evaluation des Curriculum Hannover (ambulante psychosomatische Nachsorge)  3a: kontrollierte Beobachtungsstudie	Nicht beschrieben	N = 52  Alter: 45,9 (8,9)	(Stationäre Reha) + Curriculum Hannover (25x Gruppentherapie [geschlossene Gruppen] a 1,5 Std.) ST: (stationär) + ambulant SP:	Depressivität, Angst, Symptombelastung, Psychosoziale Parameter  [NBZ = 5 Jahre]

<p>Bischoff et al. 2005, Gönner et al. 2006</p> <p><i>Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekt</i></p>	<p>Evaluation des Nachsorgemodellkonzepts, Optimierung des Therapietransfers</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Hauptdiagnose nach ICD-10 aus den Bereichen Angststörungen (F40/ 41), depressive Störungen (F 32/ 33), Dysthymia (F 34.1), Anpassungsstörungen (F 43), somatoforme bzw. Schmerzstörungen (F 45, G43, G44 mit F54), Anfahrtszeit &lt; 1 Std.</p>	<p>N = 211</p> <p>Alter: 45,9 (8,9)</p>	<p>Therapiezielorientierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an stationäre Behandlung (verkürzt)</p> <p>ST: stationär + ambulant</p> <p>SP: Zielplanung, zielorientiertes Handeln, Selbstregulation, Problemlösearbeit (darüber hinaus: Sozio-, Sport- und Ergotherapie)</p>	<p>psychisches/ körperliches Befinden (Beschwerden, Angst, Depressivität), therapie- und veränderungsrelevante Variablen (Anforderungsbewältigung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen), Zielerreichung</p>
<p>Kordy et al. 2010, Kordy et al. 2006, Golkaramnay et al. 2007</p> <p><i>Chat-Nachsorge/ Internet-Brücke</i></p>	<p>Untersuchung des Einflusses der Krankheitsdauer auf die Inanspruchnahme der Internat-Chat-Brücke und das Kommunikationsverhalten während der Durchführung, Evaluation des Programms</p> <p>2: quasi-experimentelle Studie</p>	<p>TK-Versicherte nach stationärer Reha, Online-Zugang, stabiler Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der stationären Entlassung</p>	<p>M = 45 (40%) W = 69 (60%)</p> <p>Alter: 41,6 (11,9)</p>	<p>Internetgestützte gruppentherapeutische Nachsorge im Anschluss an die stationäre Rehabilitation in den Panorama-Fachkliniken Scheidegg (12-15 Wo wöchentliche Sitzungen in halboffener Gruppe a 90 Min, angeleitet durch Therapeut)</p>	<p>Inanspruchnahme und Nutzungsverhalten, Akzeptanz, comprehensives Assessment (psychologische + physiologische Parameter, Beeinträchtigung)</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<p>Golkaramnay et al. 2003</p> <p><i>Chat-Nachsorge II</i></p>	<p>Evaluation des internetgestützten Nachsorge-Programms, Verstetigung der Reha-Erfolge</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Online-Zugang, Rehabilitanden in einer der beiden kooperierenden Einrichtungen, ohne erhebliche Einschränkungen der Schreib- und Lesefertigkeit, keine psychotischen Patienten, ohne Gefahr der Selbstverletzung</p>	<p>N = 265</p> <p>Alter: 45,9 (8,9)</p>	<p>Internetgestützte gruppentherapeutische Nachsorge im Anschluss an die stationäre Rehabilitation (15 Wo wöchentliche Sitzungen in halboffener Gruppe [8 Teilnehmer] a 90 Min, angeleitet durch Therapeut)</p>	<p>Akzeptanz, Psychische ZP, Bewältigungsverhalten</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<p>Bischoff &amp; Schmäddecke 2012<sup>h</sup></p> <p><i>E-Coaching</i></p>	<p>Evaluation der Wirksamkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement in der Reha-Nachsorge</p> <p>1b: RCT</p>	<p>erwerbstätige, arbeitsfähige Rehabilitanden mit übermäßiger arbeitsbezogener Verausgabungsbereitschaft (AVEM PR &gt; 75), ohne laufenden RA, ohne anorektische/ bulimische Störung, ohne sprachliche Einschränkungen und Akzeptanz zum E-Coaching</p>	<p>M = 64 (30%) W = 147 (70%)</p> <p>Alter: 44,7 (9,6)<sup>i</sup></p>	<p>stationäre, psychosomatische Rehabilitation (Standard) + Kurzbehandlung „Selbstfürsorge im Alltag“ (2 Tage Einführung) + 6 Mo E-Coaching (Intervention zur Selbstregulation per Taschencomputer, 4x täglich)</p> <p>ST: stationär + ambulant</p> <p>SP: Selbstregulation, Entspannung, Handlungsadjustierung</p>	<p>berufsbezogene Verausgabungsbereitschaft, Akzeptanz, Selbstregulationsfähigkeit/ Selbstwirksamkeit etc.</p> <p>[NBZ = 6 Mo]</p>

<p>Tarnowski et al. 2009, Berking 2010</p> <p><i>W-RENA</i></p>	<p>Web-basierte <b>Rehabilitationsnachsorge</b> zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Patienten mit depressiver Episode (F 32) oder rezidivierender depressiver Episode (F33)</p>	<p>M = 43 (22%) W = 153 (78%)</p> <p>Alter: 44,4 (10,9)</p>	<p>transfervorbereitende Module während der stationären Reha + web-basierte Nachsorge: 3 Mo Führen eines Entwicklungstagebuchs (1x pro Wo Reflektion der Umsetzung der erarbeiteten Ziele, Rückmeldung durch den Therapeuten ST: stationär + am WO SP: Gruppenarbeit</p>	<p>psychosoziale Gesundheit, Depressivität</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<p>Küffner 2010<sup>h</sup></p> <p><i>Live-Online-Nachsorge</i></p>	<p>Verbesserung der Wirksamkeit/ Nachhaltigkeit einer Schulung zur Schmerzbewältigung durch Kombination mit Online-Nachsorge</p> <p>geplant als 1b: RCT; aufgrund von Rekrutierungsproblemen keine Umsetzung (als qualitative Studie durchgeführt)</p>	<p>Erwachsene Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz (M51.2- 51.9, 53.8-53.9, 54.5-54.9), Onlinezugang, ohne psychiatrische Zusatzdiagnose, 18-65 Jahre, kein laufender RA, Deutschkenntnisse, kein eingeschränktes Hör-/ Sehvermögen, ohne Veränderungen der Wirbelsäule</p>	<p>N = 44</p> <p>Fokusgruppe: N = 19</p>	<p>Schmerzbewältigungsschulung innerhalb der Standardreha (3 Wo) + 6 Mo therapeutisch angeleitete Live- Online-Nachsorge (1x pro Mo Gruppensitzungen/ Theissing) ST: stationär + am WO SP: Gruppenarbeit zur Schmerzbewältigung/ -bearbeitung</p>	<p>(Schmerz, Schmerzverarbeitung, Angst, Depressivität, Motivation, Funktionsbeeinträchtigung)</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<b>Neurologie</b>					
<p>Lippert-Grüner &amp; Terhaag 2001</p> <p><i>Selbsthilfegruppe WIR</i></p>	<p>Beschreibung/ Vorstellung der Selbsthilfegruppe WIR: Wege und Informationen zur Rehabilitation</p> <p>5: Nichtstudie</p>	<p>Offene Gruppe für Betroffene = Patienten nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma sowie deren Angehörige</p>	<p>trifft nicht zu<sup>m</sup></p>	<p>Regelmäßige wohnortnahe Gruppentreffen 1x pro Mo, der Gruppensprecher übernimmt organisatorische/ koordinative Arbeiten ST: ambulant SP: Information, körperliche Aktivität und Freizeitgestaltung</p>	<p>trifft nicht zu</p>
<p>Wiesemann et al. 2004</p> <p><i>HANS (Hausärztliche Nordbaden- Schlaganfallnachsorgestudie)</i></p>	<p>Evaluation der Versorgungsqualität (u.a. hausärztliche Qualitätszirkel) von Patienten nach Schlaganfallrehabilitation</p> <p>3a: kontrollierte Beobachtungsstudie</p>	<p>Schlaganfallpatienten und ihre Hausärzte in der Region Nordbaden (Bad Herrnalb), Entfernung zum Wohnort &lt; 100km, keine Bettlägerigkeit, ohne Subarachnoidalblutung</p>	<p>N = 35 Patienten und deren Hausärzte</p>	<p>Interdisziplinäre, regionale Qualitätszirkel, die innerhalb von 18 Mo 5-7x tagen</p>	<p>Körperliche Funktionalität (Barthel-Index), Compliance, Krankheitswissen</p> <p>[NBZ = 18 Mo]</p>

Gräsel et al. 2005	Evaluation eines intensivierten Nachsorgekonzepts für neurologische Rehabilitanden der Reha-Klinik Herzogenaurach	Schlaganfallpatienten mit substantiellem Funktionsdefizit nach Rehabilitation und ihre pflegenden Angehörigen	M = 20 (61%) W = 13 (39%)  Alter: 71,4 (8,2) <sup>n</sup>	psycho-edukatives Seminar (1 Std) + 3 individuelles Training (a 45-60 Min) + therapeutisches Wochenende + telefonische Nachsorge ST: stationär + ambulant	Körperliche Funktionalität (Barthel Index, FIM: Functional Independence Measure, Time Up and Go), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36)  [NBZ = 6 Mo]
<b>Pneumologie</b>					
Dalichau et al. 2010 a/b	Evaluation des intensivierten ambulanten Reha-Konzepts bei Asbestose  4a: unkontrollierte Kohortenstudie (Fallserie)	Berufskrankheit 4103 mit/ ohne Minderung der Erwerbsfähigkeit und Lungenfibrose/ obstruktiver Ventilationsstörung, statt HV (stationär), Anfahrtszeit < 1 Std, ohne gravierende Komorbidität <sup>o</sup> und therapeutischen/ pflegerischen Aufwand	M = 113 (100%)  Alter: 66,1 (5,8)	Aufbauphase (3 Wo Standardreha) + Stabilisierungsphase (3 Mo 1x pro Wo a 3 Std Bewegungs-/ Sporttherapie) + Erhaltungsphase (wohnortnahe Gesundheitsgruppen), Begleitung durch Reha-Nachsorgebeauftragten ST: ambulant SP: Sport und Bewegung, Physiotherapie, Schulung	Leistungsfähigkeit (Geh-/ Handkrafttest), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 36), subjektiv erlebte Atemnot (TDI)  [NBZ = 22 Mo]
<b>Adipositas</b>					
Ströbl & Faller 2011 <sup>h</sup>  <i>Telefonachsorge</i>	Evaluation der Wirksamkeit der kombinierten Planungs- und Nachsorgeintervention zur Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität bei Patienten mit Adipositas  1b: RCT	Patienten mit Adipositas (E66; BMI 30-44), 18-65 Jahre, DRV Bund, ohne Diabetes Typ 1, ohne schwerwiegende Zusatzerkrankung/ psychiatrische Diagnose, Deutschkenntnisse, keine geplante OP, ohne schwerwiegende Beeinträchtigung des Seh-/ Hörvermögens	M = 124 (54%) W = 104 (46%)  Alter: 48,3 (9,8)	Standardreha Klinik Saale + Gruppengespräch „Fit für zu Hause“ (50 Min) + Einzelberatung (10 Min) + Telefonnachsorge (6 standardisierte Kontakte a 5-10 Min) ST: stationär + am WO SP: verhaltenstherapeutische Interventionen zur Aufnahme/ Beibehaltung körperlicher Aktivität (HAPA-Modell)	Bewegungsverhalten, Gewicht, Motivation, Lebensqualität  [NBZ = 12 Mo]

<p>Theissing &amp; Raspe 2012</p> <p><i>Live-Online-Nachsorge</i></p>	<p>Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer multiprofessionellen Live-Online-Nachbetreuung bei Rehabilitanden mit abdomineller Adipositas</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Bauchumfang &gt; 94 (Männer) bzw. 80 (Frauen), Triglyceride &gt; 150 mg/ dl oder Lipidtherapie, HDL &lt; 40 (Männer) bzw. 50 (Frauen) mg/ dl oder spezifische Cholesterintherapie, Hypertonus &gt; 130/ 85 mmHg oder antihypertensive Therapie, BZ-Nüchternwert &gt; 100 mg/ dl oder Typ 2-Diabetes, Alter 18-70 Jahre, ohne psychiatrische Zusatzdiagnosen, ohne stark beschränktes Hör- und Sehvermögen, Deutschkenntnisse</p>	<p>M = 18 (47%) W = 20 (53%)</p> <p>Alter: 51,0 (8,1)</p>	<p>Standardreha + 6 Mo Live-Online-Nachsorge (1x pro Monat a 90 Minuten Live-Onlinesitzungen innerhalb geschlossener Gruppen mit max. 12 Teilnehmern, angeleitet durch Sitzungsleiter) ST: stationär + ambulant SP: Gruppenarbeit, Motivation, Sport und Bewegung, Handlungs- und Bewältigungsplanung</p>	<p>Taillenumfang, Gewicht, BMI, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Lebensqualität, Zufriedenheit</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<b>Telefonnachsorge nach Nichtrauchertraining in der Reha</b>					
<p>Metz et al. 2007</p>	<p>Evaluation der telefonischen Nachsorge in Kombination mit dem Nichtrauchertraining während der Reha</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Alter &gt; 18 Jahre, Rauchen mindestens einer Zigarette in den 30 Tagen vor Klinikaufenthalt</p>	<p>N = 137</p>	<p>5 Telefonkontakte (a 10 Min) über 10 Wo nach der Reha, Inhalt = stufenadaptierte Beratung zum Nichtrauchen</p>	<p>Abstinenzverhalten</p> <p>[NBZ = 12 Mo]</p>
<p>Flöter &amp; Kröger 2009 (Folgestudie zu oben)</p>	<p>Vergleich einer non-direktiven, supportiven Nachbetreuung mit einer strukturierten, rauchspezifischen Beratung für Mütter während Tabakentwöhnung</p> <p>1b: RCT</p>	<p>Alter &gt; 18 Jahre, Rauchen mindestens einer Zigarette in den 30 Tagen vor Klinikaufenthalt</p>	<p>Strukturierte Betreuung: W = 157 (100%) Non-direktive Nachsorge: W = 159 (100%)</p>	<p>Manualisierter Tabakentwöhnkurs (während des stationären Aufenthaltes): 3 Gruppensitzungen a 60 Min (kognitive VT, motivierende Gesprächsführung) + 3 Telefonkontakte a 10 Min über 5 Wo nach der Reha (a) strukturierte, direkte Nachsorge vs. b) non-direktive Nachsorge</p>	<p>Abstinenzverhalten</p> <p>[NBZ = 6 Mo]</p>
<b>Onkologie</b>					



Rau et al. 2009 Telefonnachsorge	Telefonische Nachsorge nach onkologischer Reha mit dem Ziel der Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität  1b: RCT	-	-	Veränderungsplanung (innerhalb der stationären Reha) + 3 Telefonkontakte (motivierende Gesprächsführung) ST: stationär + am WO	Körperliche Aktivität  [NBZ = 9 Mo]
Tripp et al. 2011 <i>Patientenschulung + Telefonnachsorge</i>	Evaluation der optimierten Patientenschulung in Kombination mit der telefonischen Nachsorge nach onkologischer Reha  1b: RCT	-	W = 63 (100%) Alter: 47,5 (28-58) <sup>p</sup>	optimierte Patientenschulung + 5 Telefonkontakte a 10-15 Min angeleitet durch Reha-Psychologin (in Anlehnung an China & Mittag 2005) SP: Information, Motivation zur Lebensstiländerung	somatische Gesundheit, Depressivität, Angst, Lebensqualität, Schmerz, RTW  [NBZ = 12 Mo]
<b>Legende:</b>					
AHB: AU: AVK: cRS: HI: KrG:	Anschlussheilbehandlung Arbeitsunfähigkeit Arterielle Verschlusskrankheit Chronischer Rückenschmerz Herzinfarkt Krankengymnastik	LF: LQ: MI: Min: Mo: MTT: NBZ:	Leistungsfähigkeit Lebensqualität Myokardinfarkt Minuten Monate Medizinische Trainingstherapie Nachbeobachtungszeitraum	OP: RA: RNSP: Std: TN: Zn: Wo:	Operation Rentenantrag Reha-Nachsorgeprogramm Stunde Teilnehmer Zustand Woche
* Anmerkung: Eine (unsystematische) Übersichtsarbeit liegt von Köpke 2004 vor; seine Primärangaben wurden vorliegend nicht extrahiert, da die nötigen Informationen nicht enthalten sind!					

<sup>a</sup> Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Gesamtheit der ausgewerteten Personen innerhalb der Interventionsgruppe (IG-Nettostichprobe), wenn Vergleichbarkeit gegeben ist und sofern nicht anders vermerkt.

<sup>b</sup> 70% Frauen, mittleres Alter = 49 Jahre

<sup>c</sup> „Bestimmte zusätzliche Erkrankungen“ und „eine Lebenserwartung unter zwei Jahren“ galten darüber hinaus als Ausschlusskriterien.

<sup>d</sup> Angaben beziehen sich hier auf die Gesamtpopulation (IG und KG).

<sup>e</sup> Evaluationsstudie

<sup>f</sup> Keck et al. 2011 sprechen in Abweichung hierzu von zwei ganztägigen Auffrischkursen

<sup>g</sup> Die Telefonate erfolgten in zeitlichen Abständen von 6 Wo und wurden von einer diabetologisch erfahrenen Krankenschwester durchgeführt. Sie knüpften inhaltlich an die formulierten Veränderungsziele an, die damit verbundenen Schwierigkeiten und konzentrierten sich auf das aktuelle körperliche und psychische Befinden.

<sup>h</sup> Grundlage der Extraktion ist der online-verfügbare Abschlussbericht (siehe: <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte.html>)

<sup>i</sup> Insgesamt wurden 19 Nachsorgewochen a 7,6 Teilnehmern durchgeführt.

<sup>j</sup> Angaben beziehen sich auf die vorliegend relevante CHAT-Gruppe

<sup>k</sup> Angaben beziehen sich auf die avisierte IG der laufenden Studie.

<sup>l</sup> Angaben beziehen sich auf alle Teilnehmer.

<sup>m</sup> Im Jahr 1995 umfasste die Gruppe 17 Teilnehmer, im Jahr 1999 bereits 25 Mitglieder.

- <sup>n</sup> Ebenso wurden 33 pflegende Personen im mittleren Alter von 59,7 (SD = 9,8) untersucht (76% weiblich).
- <sup>o</sup> Ausgenommen: medikamentös eingestellte sowie therapeutisch kontrollierte chronische Nebenerkrankungen.
- <sup>p</sup> Spannweite

Quelle, Studienkürzel	Zielgrößen	Ergebnisse in Kürze (sofern möglich nach Messzeitpunkten gruppiert dargestellt)			
		Kurzfristig (6 Mo)	Mittelfristig (12 Mo)	Langfristig (24 Mo+)	Sonstiges
<b>Indikationsübergreifend</b>					
Sterdt et al. 2010, DRV Bund 2011  <i>IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge)</i>	Inanspruchnahme/ Praktikabilität	Inanspruchnahme sowie Vereinbarkeit von Teilnahme und Beruf sind grundsätzlich abhängig von den strukturellen Rahmenbedingungen; für stationäre Angebote scheinen Inanspruchnahme und Vereinbarkeit mit dem Beruf erschwert. Von 24 möglichen Terminen werden im Mittel 16 von den Teilnehmern absolviert. Im Mittel wurden 2,2 Termine pro Wo über einen Zeitraum von 8 Wo berufsbegleitend in Anspruch genommen.			Je nach FS wurden unterschiedliche Stichproben/ Daten herangezogen.
	Berufliche LF	Hinsichtlich der berufsbezogenen Parameter (LF, AU-Zeiten) wurden von den Teilnehmern deutliche Verbesserungen berichtet, diese werden mehrheitlich der Maßnahme zugeschrieben. 50% der Teilnehmer gaben an, keine nützlichen Verhaltensweisen für ihren Beruf erhalten zu haben.			
	Gesundheitszustand	79% der Teilnehmer berichteten eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes.			
	Funktionskapazität	-	Sign. Intragruppen-US	-	
	Lebensqualität	-	Keine sign. Intragruppen-US	-	
Sterdt et al. 2010, Sibold et al. 2011, DRV Rheinland-Pfalz 2012  <i>MERENA (Medizinische Rehabilitationsnachsorge)</i>	Inanspruchnahme	59,8% nahmen am MERENA-Programm teil, davon beendeten 88% die Maßnahme regulär; als relevante Prädiktoren der Teilnahme an der Maßnahme erwiesen sich die Variablen: Geschlecht, Arbeitsfähigkeit und Funktionskapazität zum Zeitpunkt der Entlassung sowie die Anfahrtszeit zur Rehabilitationseinrichtung			-
<b>Kardiologie</b>					
Tegtbur et al. 2001  <i>Hannover-Modell der Langzeitrehabilitation</i>	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	Keine sign. Intragruppen-US	-	keine Vergleichsgruppe, mangelnde Berichtsqualität
	Funktionsparameter	-	Sign. Intragruppen-US in Bezug auf die Dauerleistung	-	

Karoff et al. 2000 <i>INA (Intensivierte Nachsorge)</i>	Kardiovaskuläres Risikoprofil	Ausschließlich für Triglyceride signifikante Intergruppen-US	-	Ausschließlich für Triglyceride signifikante Intergruppen-US	Vergleichbarkeit von IG und KG im Wesentlichen gegeben, Einschränkung Alter: IG im Mittel 3 Jahre jünger
	Kardio-Funktion (WattxMin)	Sign. Intergruppen-US	-	Keine sign. Intergruppen-US	
	RTW	-	-	Sign. Intergruppen-US	
	Krankheitsbewältigung	Keine sign. Intergruppen-US	-	Keine sign. Intergruppen-US	
	Gesundheitsverhalten	Sign. Intergruppen-US in Hinblick auf die Teilnahme an Herzsportgruppen sowie die Ausübung von Ausdauersport	-	Sign. Intergruppen-US in Hinblick auf die Teilnahme an Herzsportgruppen sowie die Ausübung von Ausdauersport	
	Funktionalitätsgewinn	Keine sign. Intergruppen-US	-	Keine sign. Intergruppen-US	
	Psychische Balance	Keine sign. Intergruppen-US	-	Keine sign. Intergruppen-US	
Buchwalsky et al. 2002	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	-	Keine sign. Intergruppen-US	Vergleichbarkeit durch Matching realisiert, vergleichsweise langer NBZ (7,5 Jahre)
	Kardio-Funktion	-	-	Sign. Intergruppen-US	
	Kardiale Morbidität	-	-	Sign. Intergruppen-US	
Bertram et al. 2002	Aerobe Leistungsfähigkeit	Sign. Intragruppen-US	-	-	keine Vergleichsgruppe, vergleichsweise kurzer NBZ (3 Mo)
	max. Sauerstoffaufnahme	Sign. Intragruppen-US	-	-	
	Körperliche Lebensqualität	Sign. Intragruppen-US	-	-	
	Psychische Lebensqualität	Keine Intragruppen-US	-	-	
Koepchen & Roth 2002	beschwerdefreie Gehstrecke	lediglich deskriptive Ergebnisse: Verbesserung	lediglich deskriptive Ergebnisse: Verbesserung	lediglich deskriptive Ergebnisse: Verbesserung	keine Vergleichsgruppe, vergleichsweise langer NBZ (9 Jahre), mangelhafte Berichtsqualität
Tegtbur et al. 2003	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	Intergruppen-US lediglich in Bezug auf Körperfett, Intragruppen-US in Bezug auf BMI, Herzfrequenz, HDL und diastolischen Blutdruck	-	-
	Kardio-Funktion	-	Sign. Intergruppen-US in Bezug auf max. Leistungsfähigkeit und max. Sauerstoffaufnahme	-	

	Lebensqualität	-	lediglich sign. Veränderungen in Bezug auf die physischen Dimensionen	-	
Hoberg 2004, Sterdt 2010 <i>HANSA-Studie</i>	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	keine sign. Intergruppen-US	-	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben
	Akzeptanz	-	hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern (88% hat die TN „viel gebracht“)	-	
	Gesundheitsverhalten	-	Sign. Intergruppen-US in Bezug auf die Ausübung körperlicher Aktivität	-	
Mittag & China 2004, Sterdt 2010 <i>Lübecker Nachsorgestudie</i>	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	Sign. Intergruppen-US in Bezug auf das kardiale Risiko (PROCAM-Score), nach Subgruppenauswertungen ausschließlich auf Männer zurückzuführen	-	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben
Völler et al. 2004	Akzeptanz/ Nutzungsverhalten	-	geringe Akzeptanz (44%)	-	sign. US zwischen Passnutzern und Nichtnutzern in Hinblick auf den Nikotinkonsum und die kardiale Morbidität (HI)
Bönnner & Komnik 2006 <i>LINa (LVA-Infarkt-Nachsorge)</i>	Kardiovaskuläres Risikoprofil	-	-	Intergruppen-US in Bezug auf den PROCAM-Score, Intragruppen-US in Bezug auf das LDL lediglich für die Infarkt-Subgruppe, sonst ausschließlich deskriptive Ergebnisse dargestellt : keine Effekte in Bezug auf HDL und Triglyceride	IG im Mittel 2 Jahre jünger, mangelhafte Berichtsqualität
Scholz et al. 2006	Grad körperlicher Aktivität	-	Sign. Intergruppen-US	-	Regressionsanalysen, Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben
	Depressivität	-	Sign. Intergruppen-US	-	

Bönner & Rauch 2007, Keck et al. 2011  <i>KARENA (Kardiologische Reha-Nachsorge)</i>	Morbidität	-	Sign. Intragruppen-US in Hinblick auf die Anzahl von Krankenhausaufenthalten	-	Daten aus Abstrakt lückenhaft, Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben
	AU-Zeiten	-	Sign. Intragruppen-US in Hinblick auf die AU-Zeiten für beide Gruppen	-	
Degenhardt et al. 2007, Unverdorben et al. 2007  <i>AHG (Ambulante Herzsportgruppe)</i>	Verletzungsrisiko	Geringes Verletzungsrisiko: 0,16 Verletzungen (vorrangig leichter Art [Zerrungen, Prellungen]) pro 1000 Übungsstunden, unter Berücksichtigung des Alters ergab sich kein erhöhtes Risiko für Patienten > 70 Jahre, etwa 74% aller Verletzungen passieren während der Spielphasen			-
	Symptombelastung	Bei 57% der Befragten traten insgesamt 828 kardiovaskuläre Symptome auf; dies entspricht einer Inzidenz von 1,0 Symptomen pro 800 Übungsstunden			
Ernst & Hübner 2012  <i>Intervallreha</i>	Somatische Parameter	-	Keine sign. Intergruppen-US in Bezug auf alle Parameter, sign. Intragruppen-US für beide Gruppen	-	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben, gute Berichtsqualität, gute Akzeptanz der NS-Maßnahme (77% für das Gesamtangebot)
	Psychosoziale Parameter	-	Sign. Intergruppen-US in Bezug auf Depressivität, Lebensqualität und Krankheitsbewältigung	-	
Karoff 2012 <sup>a</sup>  <i>BERUNA</i>	Berufliche Teilhabe (RTW)	-	Keine sign. Zwischengruppen-US, in beiden Gruppen lagen die Rückkehrquoten > 70%	-	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben, geringe Teilnahmequote (42%)
<b>Orthopädie</b>					
Schöps et al. 2000  <i>MÜRIP (Münchner Rücken-Intensiv-Programm)</i>	Schmerz, Beschwerden	-	Sign. Intragruppen-US	-	Initial stark beeinträchtigte Stichprobe, keine Vergleichsgruppe
	Depressivität	-	Sign. Intragruppen-US	-	
	Funktionsbeeinträchtigung	-	Sign. Intragruppen-US	-	
	Arztkontakte	-	Sign. Intragruppen-US	-	

Ehlebracht-König et al. 2009, Ehlebracht-König & Bönisch 2004, Jalivand et al. 2003- 2005  <i>Fraktionierte Reha</i>	Schmerz	-	-	Sign. Intragruppen-US, keine sign. Intergruppen-US	
	LQ	-	-	Sign. Intragruppen-US, keine sign. Intergruppen-US	
	AU-Zeiten	-	-	negative Intragruppen-US in beiden Gruppen, die keine Signifikanz aufweisen, keine sign. Intergruppen-US	
	psychosoziale Parameter	-	-	Sign. Intragruppen-US, keine sign. Intergruppen-US	
	Körperliche Aktivität	-	-	Sign. Intragruppen-US, keine sign. Intergruppen-US	
	Akzeptanz	Der Gesamtnutzen wurde mit Werten um die Note 2 beurteilt, für 78% der Beteiligten war die Teilnahme an der Nachsorgeweche mit „keinerlei Schwierigkeiten“ verbunden, insgesamt hohe Akzeptanz.			
Mangels et al. 2009	Gesundheitsstatus	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	-	Vergleich dreier orthopädischer Behandlungsprogramme, Nachsorge zeigte hier keinen additiven Nutzen, gute Berichtsqualität, Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben
	Selbstwirksamkeit	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	-	
	Lebenszufriedenheit	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit	-	
	Schmerz /- bewältigungsstrategien	Sign. Interaktionseffekt GruppexZeit, sign. Intergruppen-US kleiner/ moderater GO	Sign. Interaktionseffekt GruppexZeit, sign. Intergruppen- US kleiner/ moderater GO	-	
	Depression	Sign. Interaktionseffekt GruppexZeit, sign. Intergruppen-US moderater GO	Kein sign. Interaktionseffekt GruppexZeit, kein sign. Intergruppen-US	-	

Deck et al. 2009, Deck et al. 2012, Schramm et al. 2013  <i>Neues Credo</i>	FFbH, IMET, Einschränkungstage (primär)	Sign. Intragruppen-US moderater Größenordnung	Sign. Interaktionseffekte GruppexZeit mit Ausnahme der Einschränkungstage (hierfür kein additiver Effekt), Intragruppen-US kleiner/ moderater Größe	Sign. Interaktionseffekte GruppexZeit für den FFbH	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben, IG im Mittel 2 Jahre jünger
	Sekundäre Outcomeparameter	Sign. Intragruppen-US moderater Größenordnung	Sign. Interaktionseffekte GruppexZeit für alle sekundären Zielvariablen, Intragruppen-US kleiner/ moderater Größe	Keine sign. Intergruppen-US, Intragruppen-Effekte für beide Gruppen	
	Akzeptanz/ Praktikabilität	hohe Akzeptanz des Programms bei allen Beteiligten, Praktikabilität abhängig von strukturellen Gegebenheiten (z.B. Qualifikation des Nachsorgebeauftragten)			
Kordy 2011 <sup>a</sup>	Schmerz, Funktionsbehinderung	Keine sign. Intergruppen-US	Keine sign. Intergruppen-US	-	erhebliche Rekrutierungsprobleme, beschränkte Teilnahme (ein Drittel der Probanden hat an keinem Chat teilgenommen), mangelnde Berichtsqualität
<b>Psychosomatik</b>					
Albrecht et al. 2000	Gesundheitsökonomische ZG	Für das Programm inklusive Nachbetreuung wurden Kosten von 2271,10 DM pro Teilnehmer kalkuliert; das sind ca. 759 DM mehr als für das Programme ohne Nachbetreuung.			Laufende Studie, berichtet sind erste Zwischenergebnisse
Kobelt et al. 2004	Inanspruchnahme	36% der Befragten nahmen an der Nachsorge teil, Teilnehmer waren hinsichtlich ihrer Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten deutlicher eingeschränkt als Nicht-Teilnehmer			NS-Programm nicht näher beschrieben
Kobelt et al. 2010	Depressivität	-	-	Sign. Interaktionseffekt	langer NBZ (5 Jahre), kleine Stichprobe, keine Daten zur Vergleichbarkeit der Gruppen dargestellt
	Angst	-	-	Kein sign. Interaktionseffekt	
	Symptombelastung	-	-	Sign. Interaktionseffekt	
	Psychosoziale ZP	-	-	Sign. Intergruppen-US in Hinblick auf die Abhängigkeit von Sozial-/ Versicherungsleistungen	



Bischoff et al. 2005, Gönner et al. 2006 <i>Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekt</i>	veränderungsrelevante ZP	-	Für „subjektive Fähigkeiten zur Bewältigung“ sowie internale Kontrollüberzeugungen ergaben sich kleine Intergruppen-US	-	Das Modell beinhaltet im Ursprung auch vorbereitende Massnahmen, diese blieben bei der Evaluation der NS unberücksichtigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf den MZP 12 Wo nach Entlassung (= Ende der Nachsorge).
	psychisches/ körperliches Befinden	-	Mit Ausnahme der Variable „Allgemeinbefinden“ ergaben sich Intergruppen-US geringer Größe.	-	
	Zielerreichung	-	In Hinblick auf „Zielerwartung“ und „Zielrealisierung“ keine sign. Intergruppen-US	-	
Kordy et al. 2010, Kordy et al. 2006, Golkaramnay et al. 2007 <i>Chat-Nachsorge</i>	Akzeptanz	Insgesamt gute Akzeptanz: Teilnehmeraten 85-90%, Abbruchquote < 10%, 90% der Teilnehmer äußerten sich „zufrieden“ mit dem Programm, 52% waren bereit, dafür zu zahlen			
	Komprehensives Assessment	-	Intergruppen-US in Bezug auf psychische Belastung, Handlungskompetenz und Gesamtbeeinträchtigung; 25% geringeres Risiko für negative ZP bei den Teilnehmern	-	
Golkaramnay et al. 2003 <i>Chat-Nachsorge (Folgestudie zu oben)</i>	Akzeptanz	gute Akzeptanz: Teilnehmerate 84%, Abbruchquote 12%, 86% der Teilnehmer äußerten „Zufriedenheit“ mit dem Angebot			
	Psychische ZP, Bewältigungsverhalten	-	Sign. Zwischengruppen-US <sup>b</sup>	-	
Bischoff & Schmäddecke 2012 <sup>a</sup> <i>E-Coaching</i>	berufliche Verausgabebereitschaft, Selbstregulation/ Selbstwirksamkeit	-	keine Zwischengruppen-US	-	hohe Abbruchquoten im Studienverlauf, fehlende Transparenz bzgl. des Probandenflusses (Flowchart fehlend), vergleichsweise kurzer NBZ
Küffner 2010 <sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup> Live-Online-Nachsorge	organisatorische Probleme führten u.a. dazu, dass die vorgesehenen Onlinegruppen nicht durchgeführt/ rekrutiert werden konnten; das Fehlen technischer Voraussetzungen, familiäre, berufliche und sonstige Verpflichtungen sowie Berührungängste mit dem PC werden als Gründe benannt				Rekrutierungsprobleme (Hypothesentestung aufgehoben), als qualitative Studie durchgeführt

Tarnowski et al. 2009, Berking 2010 <i>W-RENA</i>	psychosoziale Gesundheit, Depressivität	sign. Zwischengruppen-US für eine Vielzahl der Outcomes, jedoch nicht für die Depressivität (primäre ZV)	-	-	Endauswertungen nicht vorliegend, beiden Berichten sind lediglich Zwischenauswertungen zu entnehmen
<b>Neurologie</b>					
Wiesemann et al. 2004 <i>HANS (Hausärztliche Nordbaden-Schlaganfallnachsorgestudie)</i>	Funktionalität, Compliance, Krankheitswissen	-	keine Zwischengruppen-US	-	mangelhafte Teilnahmequote (Seitens der Hausärzte), kleine Stichproben, selektive/ mangelhafte Berichterstattung
Gräsel et al. 2005	Funktionalität, LQ	keine Zwischengruppen-US, Intragruppen-US in beiden Treatmentgruppen	-	-	keine Gruppenunterschiede bei Baselineerhebung, kleine Stichproben
<b>Pneumologie</b>					
Dalichau et al. 2010 a/b	Leistungsfähigkeit (Geh-/ Handkraft), Atemnot, LQ	Intragruppen-US kleiner/ mittlerer Größe	moderate Intragruppen-US	moderate Intragruppen-US	79% aller Beteiligten konnten langfristig an die Ausübung körperlicher Aktivitäten gebunden werden
<b>Adipositas</b>					
Ströbl & Faller 2011 <sup>Fehler! Textmarke nicht definiert.</sup> <i>Telefonnachsorge</i>	Bewegungsverhalten, Gewicht, Motivation, Lebensqualität	-	Intergruppen-US kleiner Größe lediglich in Hinblick auf das Bewegungsverhalten	-	Baselineunterschiede in Bezug auf die körperliche Aktivität (trotz Randomisierung), Selektionsprozesse
Theissing & Raspe 2012 <i>Live-Online-Nachsorge</i>	Taillenumfang, Gewicht, BMI, Ernährungsverhalten, körperliche Akitivität, Lebensqualität, Zufriedenheit	keine Intergruppen-US, Intragruppen-Effekte in beiden Treatmentgruppen	keine Intergruppen-US, Intragruppen-Effekte in beiden Treatmentgruppen	-	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben, Rekrutierungsprobleme (lediglich 169 von 436 geplanten Probanden rekrutiert), hieraus resultieren entsprechend kleine Fallzahlen
<b>Telefonnachsorge nach Nichtrauchertraining in der Reha</b>					

Metz et al. 2007	Abstinenzverhalten	sign. Intergruppen-US	keine sign. Intergruppen-US	keine sign. Intergruppen-US	Im Vergleich niedrigdosierte Nachsorgemaßnahme
Flöter & Kröger 2009 (Folgestudie zu oben)	Abstinenzverhalten	sign. Intergruppen-US (im Vergleich zur KG ohne Nachsorge) ausschließlich für die strukturierte Nachsorgebetreuung	-	-	Im Vergleich niedrigdosierte Nachsorgemaßnahme, eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse
<b>Onkologie</b>					
Rau et al. 2009 <i>Telefonachsorge</i>	körperliche Aktivität	-	keine Zwischengruppen-US	-	-
Tripp et al. 2011 <i>Patientenschulung + Telefonachsorge</i>	somatische Gesundheit, Depressivität, Angst, Lebensqualität, Schmerz, RTW	-	kleine Zwischengruppen-US in Bezug auf Reha-Status (IRES), Lebensqualität und Funktionsbehinderungen im Alltag, keine Zwischengruppen-US in Hinblick auf RTW, Depressivität, Schmerz, Angst	-	keine Volltextpublikation vorliegend
<b>Legende:</b>					
RTW: GO:	Return to Work Größenordnung	Mo: NS: LF: LQ:	Monate Nachsorge Leistungsfähigkeit Lebensqualität	US: Wo: ZP:	Unterschiede Wochen Zielparameter

<sup>a</sup> Grundlage der Extraktion ist der online-verfügbare Abschlussbericht (siehe: <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte.html>)

<sup>b</sup> Ausnahme: AU-Zeiten (Hier gab es keinen additiven Effekt im Vergleich zur Placebo-Gruppe).

## **Anhang F: Volltextscreening**

## Eingeschlossene Volltexte

1. O. N. [Selected results of a process study about health status of patients with knee or hip prosthesis after ambulatory orthopedic rehabilitation] 577. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2005; 143(2): 133-137.
2. Ahrens C, Schiltenswolf M, Wang H. [Health-related quality of life (SF-36) in chronic low back pain and comorbid depression] 32. Schmerz 2010; 24(3): 251-256.
3. Albrecht M, Krauth C, Rieger J, Lamprecht F, Kersting A, Schwartz FW. [Concept for a health care economic evaluation of short- and long-term costs and effectiveness parameters of an expanded ambulatory psychosomatic rehabilitation program]. [German]. Gesundheitswesen 2000; 62(3): 156-160.
4. Arnold B, Pflingsten M. [Rehabilitation following chronic nonspecific low back pain]. [German]. Der Schmerz 2008; 22(1): 87-88.
5. Ateschrang A, Gratzner C, Rolauffs B, Glatzle J, Weise K, Braun A. [No influence of physiotherapy on outcome after open repair of achilles tendon ruptures?] 168. Zentralbl Chir 2008; 133(6): 602-607.
6. Aumiller J. [A new after-care program to reinforce patient knowledge. Booster for cardiovascular rehabilitation]. [German]. MMW Fortschritte der Medizin 2006; 148(1-2): 16.
7. Bahrs C, Turk A, Eingartner C, Weise K, Rolauffs B, Stuby F. [Evaluation of a strategy for the management of accompanying osteoporosis after inpatient treatment of fragility fractures] 255. Z Orthop Unfall. 2008; 146(1): 52-58.
8. Barghaan D, Schulz H, Steinmann M, Krattenbacher T, Koch U, Dirmaier J. Entwicklung von Therapiestandards in der Rehabilitation von Patienten mit Depression - zwischen Evidenzbasierung und Praktikabilität. Development of treatment standards in the rehabilitation of depressive patients - Between evidence-based treatment and practicability. In: Petermann, Franz 2010; Neue(2010): -178.
9. Barghaan D, Lang K, Koch U, Schulz H. Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen - Bestandaufnahme und Entwicklungstendenzen. Rehabilitation of patients with mental or psychosomatic disorders - Current situation and trends. In: Lindner, Joachim, Angenendt, Gabriele, Tschuschke, Volker 2007; Gruppentherapie(2007): -42.
10. Baumann HJ, Kluge S, Klose H, Hellweger A, Braumann KM, Meyer A. [Heart rate measurement for determination of training intensity in outpatient pulmonary sport groups] 178. Pneumologie. 2009; 63(2): 72-77.
11. Beiderwieden K, Arbeitsgemeinschaft DB. [Is return to work probability diminished by vocational rehabilitation? On microeconomic evaluation on the example of the "Sweden Study"]. [German]. Rehabilitation 2003; 42(3): 180-191.
12. Bengel J, Herwig JE, Koch U. Research in rehabilitation in Germany. Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Jaeckel, Wilfried H 2006; Research(2006): -27.

13. Berdel D, Buhl R, Dierkesmann R, Niebling W, Schultz K, Ukena D, Worth H, von WP, Ollenschlager G, Kopp I. [National Disease Management Guideline for Asthma: recommendations and evidence for "asthma prevention" issues]. [German]. Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2006; 100(6): 425-430.
14. Bertram R, Cordes C, Schmidt S, Lorig K, Delille G, Mertens HM. [Training and educational measures in severe chronic heart failure. Experiences and application to general practice] 1028. Med Klin (Munich.) 2002; 97(2): 57-62.
15. Bessman P, Heider T, Watten VP, Watten RG. The Tinnitus Intensive Therapy Habituation Program: A 2-Year Follow-up Pilot Study on Subjective Tinnitus. Rehabilitation Psychology.54 (2) (pp 133-137), 2009.Date of Publication: May 2009. 2009; (2): 133-137.
16. Bischoff C, Gonner S, Ehrhardt M, Limbacher K. Outpatient preparation and aftercare to improve the effects of psychosomatic inpatient rehabilitation. [German]. Verhaltenstherapie.15 (2) (pp 78-87), 2005.Date of Publication: 2005. 2005; (2): 78-87.
17. Bischoff C, Goenner S, Ehrhardt M, Limbacher K. Ambulante vor- und nachbereitende Massnahmen zur Optimierung der stationaeren psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse des Bad Duerkheimer Prae-Post-Projekts. Outpatient preparation and aftercare to improve the effects of psychosomatic inpatient rehabilitation. Verhaltenstherapie 2005; 15(2): 2005-2087.
18. Bjarnason-Wehrens B, Held K, Karoff M. [Heart groups in Germany-current situation and prospects]. [German]. Herz 2006; 31(6): 559-565.
19. Bjarnason-Wehrens B, Bott D, Benesch L, Bischoff KO, Buran-Kilian B, Gysan D, Hollenstein U, Mayer-Berger W, Wilkniss R, Sauer G. Long-term results of a three-week intensive cardiac out-patient rehabilitation program in motivated patients with low social status. Clinical Research in Cardiology 2007; 96(2): 77-85.
20. Bjarnason-Wehrens B. Outpatient phase II cardiac rehabilitation Effectiveness and cost reduction without loss in quality. [German]. Klinikarzt.39 (6) (pp 296-301), 2010.Date of Publication: 2010. 2010; (6): 296-301.
21. Bjarnason-Wehrens B, Mayer-Berger W, Meister ER, Baum K, Hambrecht R, Gielen S, German Federation for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Recommendations for resistance exercise in cardiac rehabilitation. Recommendations of the German Federation for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. [Review] [96 refs]. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation 2004; 11(4): 352-361.
22. Blanke B, Landeck KJ, Meyer I. [An exercise program for women suffering from constipation] 1049. Fortschr Med Orig. 2001; 119(3-4): 99-102.
23. Bock P, Schatz K, Wurnig C. [Physical activity after total knee replacement] 835. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2003; 141(3): 272-276.
24. Bodrozc L. [Case management at the Burgau Therapy Center--3: allowing transfer after-care to become the rule]. [German]. Pflege Zeitschrift 2005; 58(8): 518-521.
25. Bodrozc L, Kiffe G, Pfaudler I, Rehm E, Vogel W, Werner B. [Case management in the Burgau Therapy Center--1: Transitional after-care project reduces a cross-section of problems]. [German]. Pflege Zeitschrift 2005; 58(6): 381-385.

26. Bonsack S. [Familiarity with every-day activities] 133. *Krankenpfl.Soins Infirm.* 2009; 102(4): 22-24.
27. Borel J-C, Verges S, Pepin J-L, Vivodtzev I, Levy P, Wuyam B. Home exercise training with non-invasive ventilation in thoracic restrictive respiratory disorders: A randomised study. *Respiratory Physiology and Neurobiology.* 167 (2) (pp 168-173), 2009. Date of Publication: 30 Jun 2009. 2009; (2): 168-173.
28. Bosch D, Feierabend M, Becker A. [COPD outpatient education programme (ATEM) and BODE index]. [German]. *Pneumologie* 2007; 61(10): 629-635.
29. Bramesfeld A, Adler G, Brassens S, Schnitzler M, Cullik F. [Outcome quality of gerontopsychiatric day-clinic treatment: changes in life-satisfaction:] 374. *Psychiatr Prax* 2000; 27(4): 165-169.
30. Braun A, Zeyfang A. [Training program for elderly people suffering from type 2 diabetes] 94. *MMW Fortschr Med* 2009; 151(20): 38-40.
31. Breuer K, Nurnberg W, Elsner J, Wehrmann J, Eisenmann A, Buhles N. Short guideline: Dermatologic inpatient rehabilitation. [German]. *Pravention und Rehabilitation.* 22 (4) (pp 139-147), 2010. Date of Publication: 2010. 2010; (4): 139-147.
32. Buchwalsky G, Buchwalsky R, Held K. [Long-term effects of rehabilitation of an outpatient "heart group". A case control study] 1017. *Z Kardiol.* 2002; 91(2): 139-146.
33. Budde HG, Keck M. [Predictors of return to work after inpatient cardiac rehabilitation under workers' compensation plan]. [German]. *Rehabilitation* 2001; 40(4): 208-216.
34. Burger W, Kludas C, Ruth-Behr B, Schmeling-Kludas C. [Experiences of a working group about linking inpatient psychosomatic rehabilitation and outpatient psychotherapy]. [German]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2008; 58(7): 280-283.
35. Burger W. [Stepwise occupational reintegration after orthopedic rehabilitation--participants, realization, effectiveness, and optimization requirements]. [German]. *Rehabilitation* 2004; 43(3): 152-161.
36. Busche T. [Day-care rehabilitation as the new trend]. [German]. *Zeitschrift fur Orthopadie und Ihre Grenzgebiete* 2000; 138(5): Oa5-Oa6.
37. Busse H, Kochowski G, Kramm M, Sauter K. [Community based vocational rehabilitation of women with special regard to the use of teletutoring]. [German]. *Rehabilitation* 2001; 40(4): 247-250.
38. ckermann-Siegle A, Beer M, Hautzinger M. A follow-up of day-care patients in drug rehabilitation. [German]. *Sucht.* 54 (2) (pp 71-77), 2008. Date of Publication: Apr 2008. 2008; (2): 71-77.
39. Clasbrummel B, Schmitz J, Bolz A, Muhr G. [Can costs be lowered by post-hospital patient management with telecare]. [German]. *Biomedizinische Technik* 2002; 47: Suppl-7.

40. Coenraads PJ, Span L, Jaspers JP, Fidler V. [Intensive patient education and treatment program for young adults with atopic eczema] 1139. *Hautarzt* 2001; 52(5): 428-433.
41. Dalichau S, Scheele K. [Effects of elastic lumbar belts on the effect of a muscle training program for patients with chronic back pain] 1284. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2000; 138(1): 8-16.
42. Dalichau S, Demedts A, im SA, Moller T. [Improvement of lasting effects in outpatient pulmonary rehabilitation with special regard to exercise therapy and sports] 51. *Rehabilitation (Stuttg)* 2010; 49(1): 30-37.
43. Dalichau S, Demedts A, im SA, Moller T. [Short- and long-term effects of the outpatient medical rehabilitation for patients with asbestosis]. [German]. *Pneumologie* 2010; 64(3): 163-170.
44. Dalichau S, Demedts A, im SA, Moller T. [Short- and long-term effects of the outpatient medical rehabilitation for patients with asbestosis] 76. *Pneumologie*. 2010; 64(3): 163-170.
45. Dalichau S, Stein B, Schafer K, Buhlmann JJ, Menken P. [Ultrasonic Quantification of spinal configuration and postural capacity for evaluation of different muscle strengthening programs in the therapy of back pain] 596. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2005; 143(1): 79-85.
46. Dangel B, Korporal J. [Nursing in the framework of long-term care insurance as a basic principle of a specific nursing approach of rehabilitation?]. [German]. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 2003; 36(1): 50-62.
47. Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. [Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] 1202. *Dtsch Med Wochenschr* 2000; 125(46): 1385-1389.
48. Daul AE, Schafers RF, Daul K, Philipp T. Exercise during hemodialysis. [Review] [24 refs]. *Clinical Nephrology* 2004; 61: Suppl-30.
49. de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occupational Medicine (Oxford)* 2009; 59(6): 378-380.
50. de Jong-Meyer R. Grundlagen von Praeventionsempfehlungen und Evidenz fuer die Wirksamkeit psychologischer Therapien bei depressiven Stoerungen. Evidence-based recommendations for the prevention of depressive disorders and evidence for the effectiveness of psychological treatments. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2006; 38(2): 2006-2416.
51. De WL, Putman K, Dejaeger E, Baert I, Berman P, Bogaerts K, Brinkmann N, Connell L, Feys H, Jenni W, Kaske C, Lesaffre E, Leys M, Lincoln N, Louckx F, Schuback B, Schupp W, Smith B, De WW. Use of time by stroke patients: a comparison of four European rehabilitation centers. *Stroke* 2005; 36(9): 1977-1983.
52. Deck R, Huppe A, Arlt AC. [Improvement of rehabilitation aftercare through long term follow along of the patients--results of a pilot study]. [German]. *Rehabilitation* 2009; 48(1): 39-46.



53. Degenhardt R, Unverdorben S, Edel K, Brusis OA, Vallbracht C, Unverdorben M. [Traumatologic risk in ambulatory cardiac rehabilitation groups to leisure time sports groups of healthy athletes]. [German]. Sportverletzung Sportschaden 2007; 21(2): 79-82.
54. Delbruck H, Schmid L, Bartsch H, Kruck P. [Outcome quality in oncologic rehabilitation. Viewpoint of the Professional Committee of Rehabilitation, After-Care and Social Medicine of the German Cancer Society]. [German]. Rehabilitation 2000; 39(6): 359-362.
55. Dhein Y, Barczok M, Breyer GO, Hellmann A, Oblinger P, Weber M, Gaus W, Bulenda D. [Evaluation of a modular out-patient education program for adult asthmatics with office-based specialists--results of a controlled, randomized multicenter trial] 405. Z Arztl.Fortbild Qualitatssich. 2006; 100(6): 431-439.
56. Dhein Y, Munks-Lederer C, Worth H. [Evaluation of a structured education programme for patients with COPD under outpatient conditions-- a pilot study] 783. Pneumologie. 2003; 57(10): 591-597.
57. Dibbelt S, Greitemann B, Buschel C. [Long-term efficiency of orthopedic rehabilitation in chronic back pain--the integrative orthopedic psychosomatic concept (IopKo)]. [German]. Rehabilitation 2006; 45(6): 324-335.
58. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. Patient Education and Counseling.76 (3) (pp 328-335), 2009.Date of Publication: September 2009. 2009; (3): 328-335.
59. Dibbelt S, Greitemann B, Bueschel C. Nachhaltigkeit orthopaedischer Rehabilitation bei chronischen Rueckenschmerzen - Das Integrierte orthopaedisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). Long-term efficiency of orthopedic rehabilitation for chronic back pain - The integrative orthopedic psychosomatic concept (IopKo). Die Rehabilitation 2006; 45(6): 2006-2335.
60. Diepgen TL, Radulescu M, Bock M, Weisshaar E. [Rehabilitation after work related skin diseases]. [German]. Hautarzt 2005; 56(7): 637-643.
61. Doehner H, Kofahl C. Vernetzte Strukturen in der psychosozialen Versorgung aelterer Menschen. Rehabilitation networks in psychosocial care for the aged. In: Pawils, Silke, Koch, Uwe 2006; Psychosoziale(2006): -169.
62. Donisch-Seidel U, Hollweg T. Psychiatric after-care and rehabilitation of patients after indefinite detention in North-Rhine-Westfalia. [German]. Recht und Psychiatrie.21 (1) (pp 14-17), 2003.Date of Publication: Mar 2003. 2003; (1): 14-17.
63. Dursch M, Schulz O. Restructuring cardiovascular exercise therapy in Germany with reference to current international guidelines. [German]. Herz.28 (5) (pp 349-358), 2003.Date of Publication: Aug 2003. 2003; (5): 349-358.
64. Egg R. Die sozialtherapeutische Anstalt als Alternative zur Forensischen Psychiatrie. The social therapy ward as an alternative to forensic psychiatry. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2008; 15(1): 2008-2033.
65. Ehlebracht-Konig I, Bonisch A, Ponicke J. [Fractionated inpatient rehabilitation: results from a randomized controlled trial]. [German]. Rehabilitation 2009; 48(1): 30-38.

66. Ehlebracht-König I, Bonisch A. [Inpatient aftercare in rheumatic diseases--concept, trial, and acceptance]. [German]. *Rehabilitation* 2004; 43(6): 358-367.
67. Eikemann B, Harter C. Development and use of the psychiatric and psychotherapeutic care system - 10 Years at a glance in Germany. [German]. *Nervenheilkunde*.25 (4) (pp 278-285), 2006.Date of Publication: 2006. 2006; (4): 278-285.
68. Eils E, Rosenbaum D. A multi-station proprioceptive exercise program in patients with ankle instability. *Medicine and Science in Sports and Exercise*.33 (12) (pp 1991-1998), 2001.Date of Publication: 2001. 2001; (12): 1991-1998.
69. Elgeti H, Lisowsky B. [We help ourselves now!--Evaluation of an educational project of family self help in psychiatry]. [German]. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37(5): 252-254.
70. Ewert T, Limm H, Wessels T, Rackwitz B, von GK, Freumuth R, Stucki G. The comparative effectiveness of a multimodal program versus exercise alone for the secondary prevention of chronic low back pain and disability. *Pm & R* 2009; 1(9): 798-808.
71. Fischer J, Schnabel M, Sitter H. Rehabilitation of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) S2 guideline of the German Society for Pneumology and Respiratory Medicine and the German Society for Rehabilitation Science (RGRW). [German]. *Pneumologie*.61 (4) (pp 233-248), 2007.Date of Publication: Apr 2007. 2007; (4): 233-248.
72. Floter S, Kroger C. [Effectiveness of telephone aftercare following a smoking cessation program for women on inpatient rehabilitation]  
77. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134(47): 2382-2387.
73. Franke GH, Hoffmann T, Frommer J. [Does improvement of symptoms four weeks after the begin of psychodynamic inpatient psychotherapy correspond to long term outcome?]  
491. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51(4): 360-372.
74. Fries W, Dustmann D, Fischer S, Lojewski N, Ortner K, Petersen C, Pott C, Rehbein M, Scholler I. Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Working in projects: Therapeutic strategies for the introduction of ICF and SGB IX in outpatient community-oriented neurorehabilitation for the improvement of social participation. *Neurologie & Rehabilitation* 2005; 11(4): 2005-2226.
75. Fritzsche D, Freund A, Schenk S, Mellwig KP, Kleinoder H, Gummert J, Horstkotte D. [Electromyostimulation (EMS) in cardiac patients. Will EMS training be helpful in secondary prevention?]  
57. *Herz* 2010; 35(1): 34-40.
76. Ganten JU, Raspe HH. [Inpatient medical rehabilitation in diabetes mellitus in light of evidence based practice guidelines: an evaluation on the basis of BfA routine data]. [German]. *Rehabilitation* 2003; 42(2): 94-108.
77. Goenner S, Bischoff C, Ehrhardt M, Limbacher K. Effekte therapiezielorientierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Nachsorgemaßnahmen auf den Therapietransfer im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung. Effects of therapy-goal-oriented cognitive-behavioral aftercare measures on therapy transfer following inpatient psychosomatic rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2006; 45(6): 2006-2376.

78. Gohl O, Linz H, Schonleben T, Otte B, Weineck J, Worth H. [Benefits of a multimodal outpatient training program for patients with COPD] 419. *Pneumologie*. 2006; 60(9): 529-536.
79. Gohlke H, Jarmatz H, Zaumseil J, Bestehorn K, Jansen C, Hasford J. [Effect of optimized integrated management on long-term effectiveness of cardiologic rehabilitation]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2000; 125(48): 1452-1456.
80. Gonner S, Bischoff C, Ehrhardt M, Limbacher K. [Effects of therapy goal oriented cognitive behavioural aftercare measures on therapy transfer following inpatient psychosomatic rehabilitation]. [German]. *Rehabilitation* 2006; 45(6): 369-376.
81. Gotze H, Geue K, Buttstadt M, Singer S, Schwarz R. [Art therapy for cancer patients in outpatient care. Psychological distress and coping of the participants] 147. *Forsch Komplementmed*. 2009; 16(1): 28-33.
82. Grasel E, Biehler J, Schmidt R, Schupp W. Intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. Controlled clinical trial with follow-up assessment six months after discharge. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19(7): 725-736.
83. Greitemann B, Dibbelt S, Buschel C. [Multidisciplinary orthopedic rehabilitation program in patients with chronic back pain and need for changing job situation -- long-term effects of a multimodal, multidisciplinary program with activation and job development]. [German]. *Zeitschrift fur Orthopadie und Ihre Grenzgebiete* 2006; 144(3): 255-266.
84. Griese M, Busch P, Caroli D, Mertens B, Eismann C, Harari M, Staudter H, Kappler M. Rehabilitation Programs for Cystic Fibrosis - View from a CF Center. *The Open Respiratory Medicine Journal* 2010; 4: 1-8.
85. Gutenbrunner C. Goals of rehabilitation in rheumatoid diseases and types of rehabilitation. [German]. *Aktuelle Rheumatologie*. 29 (5) (pp 227-231), 2004. Date of Publication: Oct 2004. 2004; (5): 227-231.
86. Gysan DB, Latsch J, Bjarnason-Wehrens B, Albus C, Falkowski G, Herold G, Mey E, Heinzler R, Montiel G, Schneider CA, Stutzer H, Turk S, Weisbrod M, Predel HG. [The PreFord Study. A prospective cohort study to evaluate the risk of a cardiovascular event (overall-collective) as well as a prospective, randomized, controlled, multicentre clinical intervention study (high-risk-collective) on primary prevention of cardiovascular diseases in the Ford Motor Company employees in Germany]. [German]. *Zeitschrift fur Kardiologie* 2004; 93(2): 131-136.
87. Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Findings on the effectiveness of rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2005; 44(5): 2005-2276.
88. Haeberli B, Horber FF. [Effect of controlled reconditioning training on performance and mood in patients after aortocoronary bypass operation] 1204. *Praxis (Bern.1994.)* 2000; 89(42): 1685-1693.
89. Haenselt R, Danielzik A, Waack K. [Evaluation of guided conversation groups for family caregivers of dementia. Results of the GENA project in Mecklenburg-Vorpommern] 635. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37(5): 402-410.

90. Hahlweg K, Heinrichs N, Kuschel A, Feldmann M. Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: Short- and long-term effects. *Behavior Modification*.32 (5) (pp 659-681), 2008.Date of Publication: September 2008. 2008; (5): 659-681.
91. Hammer M, Plossl I, Hundsdorfer T. [A coping with Stress Training (SBT) for persons with mental illness--pilot study on a group training programme in support of occupational rehabilitation]  
346. *Rehabilitation (Stuttg)* 2007; 46(2): 102-110.
92. Hammer M, Plossl I. [Relationship between illness, rehabilitation and work (ZERA)--an training program for medical-vocational rehabilitation of the mentally ill]. [German]. *Rehabilitation* 2001; 40(1): 28-35.
93. Hampel P, Brunnberg A, Krohn-Grimberghe B, Mantel F, Thomsen M, Hoischen A, Hrkac M, Tlach L, Morfeld M, Mohr B. [Pain staging, gender, and rehabilitation outcome in chronic low back pain. A pilot study]  
104. *Orthopade* 2009; 38(8): 742-751.
94. Hampel P, Graef T, Krohn-Grimberghe B, Tlach L. Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. *European Spine Journal* 2009; 18(12): 1867-1880.
95. Hanna R, Fiedler RG, Dietrich H, Greitemann B, Heuft G. [Goal analysis and goal operationalisation: a group intervention for the enhancement of work motivation]  
109. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60(8): 316-325.
96. Hardt R, Noack M, Santjer G, Schilling S, Hock G, Scholl K. Long-term evaluation of geriatric treatment - Results of a prospective study (Part 2: Patients with ischaemic stroke). *European Journal of Geriatrics*.2 (3) (pp 128-134), 2000.Date of Publication: 2000. 2000; (3): 128-134.
97. Harfst T, Koch U, Schulz H. [Treatment recommendations in psychosomatic rehabilitation -- empirical analyses based on the pension insurers' standardized discharge report]. [German]. *Rehabilitation* 2002; 41(6): 407-414.
98. Harfst T, Ghods C, Mosko M, Schulz H. Measuring positive behaviour and experience in inpatients with mental disorders the hamburg self-care questionnaire (HamSCQ). [German]. *Rehabilitation*.48 (5) (pp 277-282), 2009.Date of Publication: 2009. 2009; (5): 277-282.
99. Harth A, Germann G, Jester A. Evaluating the effectiveness of a patient-oriented hand rehabilitation programme. *Journal of Hand Surgery: European Volume* 2008; 33(6): 771-778.
100. Hartmann SA, Lerche T, Wiborg A, Widder B. [Stroke management in a stroke unit with rural catchment area]  
1218. *Nervenarzt* 2000; 71(10): 829-834.
101. Hartmann U, Ring C, Reuss-Borst MA. [Improvement of health-related quality of life in breast cancer patients by inpatient rehabilitation]  
671. *Med Klin (Munich.)* 2004; 99(8): 422-429.

102. Hartwig J, Janzen P, Waller H. [Discharge planning of elderly patients in need of care] 210. *Pflege* 2008; 21(3): 157-162.
103. Hauer K, Pfisterer M, Schuler M, Bartsch P, Oster P. Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2003; 84(10): 1426-1432.
104. Haufe C, Weber CC. Investigations on the prolonged action of an inpatient rehabilitation by the example of a follow-up rehabilitation service. [German]. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*.37 (1) (pp 10-16), 2002.Date of Publication: 2002. 2002; (1): 10-16.
105. Haug S, Meyer C, Gross B, Schorr G, Thyrian JR, Kordy H, Bauer S, Rumpf HJ, John U. [Continuous individual support of smoking cessation in socially deprived young adults via mobile phones--results of a pilot study]. [German]. *Gesundheitswesen* 2008; 70(6): 364-371.
106. Heers G, Anders S, Werther M, Lerch K, Hedtmann A, Grifka J. [Efficacy of home exercises for symptomatic rotator cuff tears in correlation to the size of the defect] 590. *Sportverletz.Sportschaden*. 2005; 19(1): 22-27.
107. Heesen C, Stuckrath E, Kopke S, Hauptmann B, Henze T. Rehabilitation in multiple sclerosis in Germany results of a survey. [German]. *Aktuelle Neurologie*.37 (1) (pp 4-9), 2010.Date of Publication: 2010. 2010; (1): 4-9.
108. Held K, Schute L, Rothenbacher D, Brenner H. Changes of risk factors in patients with coronary heart disease after in-patient rehabilitation [1] (Multiple letters). [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.129 (5) (pp 215-216), 2004.Date of Publication: 30 Jan 2004. 2004; (5): 215-216.
109. Hentschel M, Becker J, Lepthin HJ. [Effects of a high intensity training program on patients with chronic obstructive airways disease (COAD)] 1022. *Pneumologie*. 2002; 56(4): 240-246.
110. Herpertz U, Netopil B. Study on the quality of out-patient care of edema patients in Germany (2007). [German]. *Lymphologie in Forschung und Praxis*.14 (1) (pp 31-34), 2010.Date of Publication: June 2010. 2010; (1): 31-34.
111. Hesse B, Heuer J, Gebauer E. [Rehabilitation in the view of small and mid-sized enterprises: knowledge, appreciation and possibilities to cooperate - results of the KoRB-project]. [German]. *Rehabilitation* 2008; 47(6): 324-333.
112. Hesse S, Staats M, Werner C, Bestmann A, Lingnau ML. [Ambulatory rehabilitation exercises for stroke patients at home. Preliminary results of scope, methods and effectiveness] 1048. *Nervenarzt* 2001; 72(12): 950-954.
113. Heyne S. Netzwerke ambulant-stationärer Gruppenpsychotherapie. Die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie in Klinik und Rehabilitation. Networks of inpatient and outpatient group psychotherapy. Intended dynamic group psychotherapy in hospitals and rehabilitation. In: Seidler, Christoph, Misselwitz, Irene 2001; *Die*(2001): -255.
114. Hoelzke R. Die Umwandlung eines stationären in ein ambulantes Angebot am Beispiel der Auflösung des Wohnhauses Juethornstrasse. Changing from an inpatient to an

outpatient program, illustrated by the closure of the assisted living project Juethornstrasse. Sozialpsychiatrische Informationen 2009; 39(1): 2009-2028.

115. Hoffmann C, Ruf-Ballauf W. [Psychosomatic rehabilitation of in-patients with somatoform disorders and of patients with social-medically relevant problems: results of a two-year follow-up]. [German]. Rehabilitation 2007; 46(5): 283-295.
116. Hofmann WE. Concept presentation of the Aschaffenburg Ambulant Neurological Rehabilitation. [German]. Neurologie und Rehabilitation.15 (5) (pp 323-324), 2009.Date of Publication: 2009. 2009; (5): 323-324.
117. Hoopmann M, Reichle C, Krauth C, Schwartz FW, Walter U. [Effect of a back education program by the Lower Saxony AOK in response to the development of health related quality of life and occupational disability] 1157. Gesundheitswesen 2001; 63(3): 176-182.
118. Hueppe A, Raspe H. Zur Wirksamkeit von stationaerer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rueckenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturuebersicht. Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: Update and critical methodological discussion of a systematic review. Die Rehabilitation 2005; 44(1): 2005-2033.
119. Huppe A, Raspe H. [Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review]. [Review] [24 refs] [German]. Rehabilitation 2005; 44(1): 24-33.
120. Jacobi E, Kaluscha R. [The patient's signature of the physician's report at discharge from rehabilitation]. [German]. Rehabilitation 2004; 43(4): 199-208.
121. Jaeckel WH, Bengel J, Herdt J. Research in rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Rehabilitationsforschung. Ergebnisse eines Forschungsnetzwerks in Suedwestdeutschland. Stuttgart: Schattauer (2006) 1995; 198: S.
122. Jahn T, Lautenbacher S, Muentz T, Zihl J. Abstracts zur 25. Jahrestagung der Gesellschaft fuer Neuropsychologie (GNP) vom 30. September bis 2. Oktober 2010 in Magdeburg. Abstracts from the 25th Annual meeting of the Gesellschaft fuer Neuropsychologie (GNP; German Society for Neuropsychology) held in Magdeburg, September 30 to October 2nd, 2010. Zeitschrift fuer Neuropsychologie 2010; 21(3): 2010-2222.
123. Jenull-Schiefer B. ["Geri-Aktiv"--the activation of nursing home residents] 637. Z Gerontol Geriatr 2004; 37(5): 360-362.
124. John SM, Skudlik C. New forms of management in dermatology: Integrated in-patient-out-patient prevention of severe occupational dermatoses: Cornerstones for an effective integrated management in clinics and practices. [German]. Gesundheitswesen.68 (12) (pp 769-774), 2006.Date of Publication: Dec 2006. 2006; (12): 769-774.
125. Jungbauer J, Doll K, Wilz G. [Gender- and age-specific aspects of assistance need in caregivers of stroke patients: results from a qualitative panel study]. [German]. Rehabilitation 2008; 47(3): 145-149.
126. Jungbauer J, von Cramon DY, Wilz G. [Long-term life changes and stress sequelae for spouses of stroke patients] 775. Nervenarzt 2003; 74(12): 1110-1117.

127. Kainz B, Gulich M, Engel EM, Jackel WH. [Comparison of three outpatient therapy forms for treatment of chronic low back pain-- findings of a multicentre, cluster randomized study]. [German]. *Rehabilitation* 2006; 45(2): 65-77.
128. Kaiser W, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S. [Long-term patients in supported housing after deinstitutionalisation--part V of the Berlin Deinstitutionalisation Study] 1113. *Psychiatr Prax* 2001; 28(5): 235-243.
129. Kallert TW, Looks P, Leisse M, Hoffmann K, Franz M. Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Grosskrankenhausern. Eine kritische Uebersicht zur durchgefuehrten Begleitforschung. The process of deinstitutionalization in German state mental hospitals. Critical overview of empirical research studies. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2006; 74(6): 2006-2328.
130. Kaluza G. Psychologische Gesundheitsfoerderung und Praevention im Erwachsenenalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. Psychological health promotion and prevention in adulthood. A synopsis of empirically evaluated intervention programs. *Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie* 2006; 14(4): 2006-2196.
131. Kanning M. Physically active patients with coronary artery disease: a longitudinal investigation of the processes of exercise behaviour change. *British Journal of Health Psychology* 2010; 15(Pt:3): 3-97.
132. Kardorff M. Evaluation of primary rehabilitation outcome in a neighbourhood rehabilitation program for psoriasis patients. [German]. *Aktuelle Dermatologie*.32 (3) (pp 92-98), 2006.Date of Publication: Mar 2006. 2006; (3): 92-98.
133. Karoff M. [Individual outcome-oriented cardiologic rehabilitation treatment] 1269. *MMW Fortschr Med* 2000; 142(3 Suppl): 179-182.
134. Karoff M, Roseler S, Lorenz C, Kittel J. [Intensified after-care--a method for improving occupational reintegration after myocardial infarct and/or bypass operation]. [German]. *Zeitschrift fur Kardiologie* 2000; 89(5): 423-433.
135. Karoff M, Muller-Fahnow W, Kittel J, Vetter HO, Gulker H, Spyra C. [Outpatient cardiological rehabilitation--acceptance and conditions related to choice of setting]. [German]. *Rehabilitation* 2002; 41(2-3): 167-174.
136. Karoff M, Held K, Bjarnason-Wehrens B. Cardiac rehabilitation in Germany. [Review] [61 refs]. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2007; 14(1): 18-27.
137. Karoff M, Roseler S, Lorenz C, Kittel J. Interdisciplinary support program (INA) for patients discharged from cardiac rehabilitation - A program to improve return to work rates after myocardial infarction and/or coronary artery bypass surgery. [German]. *Zeitschrift fur Kardiologie*.89 (5) (pp 423-433), 2000.Date of Publication: 2000. 2000; (5): 423-433.
138. Keller S, Basler H-D. Implications of structural deficits for patient education in Germany. *Patient Education and Counseling*.44 (1) (pp 35-41), 2001.Date of Publication: 2001. 2001; (1): 35-41.
139. Kesten S, Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB. Improvement in self-reported exercise participation with the combination of tiotropium and rehabilitative exercise training in COPD patients. *International Journal of COPD*.3 (1) (pp 127-136), 2008.Date of Publication: 2008. 2008; (1): 127-136.

140. Kiefer S, Schafer M, Schera F, Niederlander H, Rohm K. ["Saar Stroke Teleservice--pilot study for stroke after care with a home care platform]. [German]. Biomedizinische Technik 2002; 47: Suppl-62.
141. Kilian R, Lindenbach I, Angermeyer MC. ["(...) sometimes I have doubts about myself, when I'm not doing well". Effect of an ambulatory psychoeducational group program from the subjective perspective of patients with schizophrenic illnesses] 1131. Psychiatr Prax 2001; 28(4): 168-173.
142. Kinne G, Elsasser D, Best S, Jost S, Zschache R. [Regional networking of medical and vocational rehabilitation-- the bad Krozingen model]. [German]. Rehabilitation 2002; 41(5): 336-342.
143. Kirschenbauer HJ, Wagner P, Seehuber D, Weber B, Grube M. [Involuntary Hospitalization in Frankfurt/Main, Germany--anachronism or up-to-date?--the psychiatric information system PISA] 317. Psychiatr Prax 2008; 35(2): 73-79.
144. Kittel J, Karoff M. [Improvement of worklife participation through vocationally oriented cardiac rehabilitation? Findings of a randomized control group study]. [German]. Rehabilitation 2008; 47(1): 14-22.
145. Kladny B, Fischer FC, Haase I. [Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of low back pain and lumbar disk disease in outpatient rehabilitation] 812. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2003; 141(4): 401-405.
146. Kladny B, Albrecht C, Haase I, Swoboda B. [Inpatient rehabilitation of patients following total hip replacement--a study using the Harris hip score]. [German]. Zeitschrift fur Orthopadie und Ihre Grenzgebiete 2001; 139(6): 536-540.
147. Kleeberg UR. Follow-up of cancer patients: Individually tailored guidance, somatic and psychosocial rehabilitation and quality assurance are the essentials. [German]. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin.23 ()(pp 119-125+286), 2000.Date of Publication: 1999. 2000; 119-125+286.
148. Kleinfeld A, Barth T, Reiland M. [External quality assurance of medical rehabilitation in statutory health insurance]. [German]. Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung und Qualitatssicherung 2002; 96(1): 11-16.
149. Klose C, Matteucci-Gothe R, Linden M. [Pre- and post-treatment in inpatient psychosomatic rehabilitation] 393. Rehabilitation (Stuttg) 2006; 45(6): 359-368.
150. Klosterhuis H, Zwingmann C, Gerwinn H. Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Rehabilitationspraxis und Effekte auf den Ausbau und die Stabilisierung der rehabilitationswissenschaftlichen Infrastruktur aus der Sicht der Rentenversicherung. Transfer of research findings to rehabilitation practice and effects on the development and stabilization of the infrastructure of rehabilitation sciences - The social security perspective. Die Rehabilitation 2005; 44(5): 2005-2322.
151. Kluge H, Kulke C, Waldmann A, Werge-Reichenberger A, Steffens A, Kallert TW, Becker T. [High service users in communal socio-psychiatric services] 927. Psychiatr Prax 2002; 29(7): 374-380.



152. Knechtle B. [Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders] 645. Praxis (Bern.1994.) 2004; 93(35): 1403-1411.
153. Knobloch K, Lichtenberg A, Tomaszek S, Hagl C, Khaladj N, Klima U, Haverich A. Long-term physical activity and neurologic function after harvesting of the radial artery as T-graft or free graft in coronary revascularization. Annals of Thoracic Surgery 2005; 80(3): 918-921.
154. Kobelt A, Nickel L, Grosch EV, Lamprecht F, Kunsebeck HW. [Participation in psychosomatic outpatient care after in-patient rehabilitation] 737. Psychother Psychosom Med Psychol 2004; 54(2): 58-64.
155. Kobelt A, Schmid-Ott G. Results of long-term follow-up study of inpatient psychotherapy followed by systematic outpatient psychotherapeutic aftercare. Psychology Health & Medicine 2010; 15(1): 94-104.
156. Kobelt A. Ambulante psychosomatische Nachsorge - Bilanz, Standortbestimmung und neue Ergebnisse. Outpatient psychosomatic aftercare - Review, status quo, and new results. In: Casper, Siegfried, Dorn, Monika, Graff, Elisabeth, Schulte, Rudolf, Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP 2005; Rehabilitation(2005): -180.
157. Koch H. [Rehabilitation after surgery for gastrointestinal malignant tumors]. [German]. Zeitschrift für Gastroenterologie 2002; 40: Suppl-S9.
158. Koepchen J, Roth HJ. [Ambulatory vascular exercise training in Dortmund] 1031. Zentralbl Chir 2002; 127(2): 118-122.
159. Koepke KH. Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Upgrading, expanding, systematizing - An analysis of status, need for reforms, and innovative projects in follow-up care after rehabilitation under the German pension insurance scheme. Die Rehabilitation 2005; 44(6): 2005-2352.
160. Kolip P, Czujek J, Greitemann B, Rosowski E, Schmidt B, Slangen K. ["Zest for life instead of strain of illness" - implementation and evaluation of a programme activating chronic back pain patients in a rehabilitation clinic] 1082. Rehabilitation (Stuttg) 2001; 40(5): 267-274.
161. Kopke KH. [Upgrade, expand, systematize--an analysis of the status of, the need for reform in, as well as innovative projects for follow-up care in rehabilitation under the German pension insurance scheme]. [German]. Rehabilitation 2005; 44(6): 344-352.
162. Korczak D, Huber B, Steinhauser G, Dietl M. Outpatient pulmonary rehabilitation - rehabilitation models and shortcomings in outpatient aftercare. GMS Health Technology Assessment 2010; 6: Doc11.
163. Korsukewitz C, Haupt E, Kohler T. Medical rehabilitation - Importance of long-term management of diabetic patients. [German]. Medizinische Welt.52 (9) (pp 255-258), 2001.Date of Publication: 2001. 2001; (9): 255-258.
164. Kortke H, Zittermann A, El-Arousy M, Zimmermann E, Wienecke E, Korfer R. [New Eastern Westfalian Postoperative Therapeutic Concept (NOPT). A telemedically guided study for ambulatory rehabilitation of patients after cardiac surgery]. [German]. Medizinische Klinik 2005; 100(7): 383-389.

165. Kortke H, Stromeyer H, Zittermann A, Buhr N, Zimmermann E, Wienecke E, Korfer R. New East-Westfalian Postoperative Therapy Concept: a telemedicine guide for the study of ambulatory rehabilitation of patients after cardiac surgery. *Telemedicine Journal & E-Health* 2006; 12(4): 475-483.
166. Koster T, Fehr M, Slesina W. [Vocational integration after a two-year retraining measure in vocational retraining centres--a prognostic model]. [German]. *Rehabilitation* 2007; 46(5): 258-265.
167. Krannich JH, Weyers P, Lueger S, Faller H, Schimmer C, Deeg P, Elert O, Leyh R. [The short- and long-term motivational effects of a patient education programme for patients with coronary artery bypass grafting] 200. *Rehabilitation (Stuttg)* 2008; 47(4): 219-225.
168. Kreutzkamp B. [An all-Germany standardized program. School for patients with asthma] 1213. *MMW Fortschr Med* 2000; 142(41): 8.
169. Kreuzpointner L. [Predicting the success of occupational retraining using the occupational aptitude test battery] 127. *Rehabilitation (Stuttg)* 2009; 48(2): 103-110.
170. Kristen AV, Katus HA, Dengler T.J. [Return to work after heart transplantation]. [German]. *Versicherungsmedizin* 2010; 62(2): 67-72.
171. Kristen AV, Ammon K, Koch A, Dosch AO, Erbel C, Celik S, Karck M, Sack F-U, Katus HA, Dengler T.J. Return to work after heart transplantation: Discrepancy with subjective work ability. *Transplantation*.87 (7) (pp 1001-1005), 2009.Date of Publication: 15 Apr 2009. 2009; (7): 1001-1005.
172. Kroeger C. Raucherentwoehnung in Deutschland. Smoking cessation in Germany. In: Reiners, Hartmut 2003; *Krebs(2003)*: -75.
173. Kroger C, Metz K, Buhler A. Smoking cessation in patients treated in rehabilitation hospitals. [German]. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*.6 (1) (pp 61-66), 2004.Date of Publication: 2004. 2004; (1): 61-66.
174. Kunze H. Rehabilitative Behandlung als Teil der Akutbehandlung in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie. Rehabilitation as a part of acute treatment in clinical psychiatry and psychotherapy. In: Wolfersdorf, Manfred, Hauth, Iris, Adler, Lothar, Reker, Thomas, Eikelmann, Bernd 2004; *Rehabilitative(2004)*: -78.
175. Kurz RW, Pirker H, Potz H, Dorrscheidt W, Uhlir H. [Evaluation of costs and effectiveness of an integrated outpatient training program for hypertensive patients] 520. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117(15-16): 526-533.
176. Lange M, Krohn-Grimberghe B, Petermann F. [Fibromyalgia: influence of depressive symptoms on the outcome after rehabilitation] 81. *Rehabilitation (Stuttg)* 2009; 48(5): 298-305.
177. Leistner K, Meier-Baumgartner HP, Pientka L. [Outline for a Hamburg decision] 1162. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34(1): 57-60.

178. Leistner K, Meier-Baumgartner HP, Pientka L. [Response to the comment on " Hamburg declaration", presented by Prof. Dr. R. Gladish] 925. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35(5): 487-489.
179. Lippert-Grüner M, Terhaag D. [Self-help groups as a component of ambulatory community-based rehabilitation after acquired brain damage]. [Review] [12 refs] [German]. *Rehabilitation* 2001; 40(1): 50-53.
180. Lukaszczik M, Gerlich C, Neuderth S, Weber-Falkensammer H, Vogel H. [Evaluation of an indicator-based screening procedure for identifying quality problems in medical rehabilitation of the German statutory accident insurance]. [German]. *Rehabilitation* 2008; 47(5): 275-283.
181. Lukaszczik M, Geyer S, Neuderth S, Gerlich C, Weis I, Raiber I, Weber-Falkensammer H, Vogel H. [Integration of hospital social services in the rehabilitation of accident patients by the statutory accident insurance. Results of a one-year model project]. [German]. *Gesundheitswesen* 2008; 70(2): 68-76.
182. Luthi U. [Preventive home nursing visits. For independent living in old age] 1024. *Krankenpfl.Soins Infirm.* 2000; 93(10): 28-30, 32.
183. Mangels M, Schwarz S, Worringer U, Holme M, Rief W. Evaluation of a behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a randomized controlled study. *Clinical Journal of Pain* 2009; 25(5): 356-364.
184. Mannion AF, Dvorak J, Taimela S, Muntener M. Increase in strength after active therapy in chronic low back pain (CLBP) patients: Muscular adaptations and clinical relevance. [German]. *Schmerz*. 15 (6) (pp 468-473), 2001. Date of Publication: 2001. 2001; (6): 468-473.
185. Marnitz U, Weh L, Müller G, Seidel W, Bienek K, Lindena G, Gussek A. [Multimodal integrated assessment and treatment of patients with back pain. Pain related results and ability to work]. [German]. *Der Schmerz* 2008; 22(4): 415-423.
186. Meek R, Maurer C, Wandl U. [Back to work--how can this be achieved?]. [German]. *Therapeutische Umschau* 2007; 64(8): 451-455.
187. Mehrhoff F. [Rehabilitation networking illustrated by case management after occupational accidents]. [Review] [0 refs] [German]. *Rehabilitation* 2000; 39(4): 231-236.
188. Meng K, Seekatz B, Roband H, Worringer U, Vogel H, Faller H. Intermediate and Long-term Effects of a Standardized Back School for Inpatient Orthopedic Rehabilitation on Illness Knowledge and Self-management Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain* 2011; 27(3): 248-257.
189. Meyer-Wahl R, Dettmers C. Outpatient rehabilitation - Two years experience at the Neurological Rehabilitation Centre, Hamburg. [German]. *Neurologie und Rehabilitation*. 8 (3) (pp 128-137), 2002. Date of Publication: 2002. 2002; (3): 128-137.
190. Morfeld M, Kuch D, Greitemann B, Dibbelt S, Salewski C, Franke GH, Liebenau A. [A comparison of multimodal programmes of patient education in the rehabilitation of chronic low back pain]. [German]. *Rehabilitation* 2010; 49(2): 66-79.

191. Moser NT, Fischer K, Korsukewitz C. [Prevention as a pension insurance task: innovative models complementing proven concepts]. [German]. *Rehabilitation* 2010; 49(2): 80-86.
192. Nechwatal RM, Duck C, Gruber G. [Physical training as interval or continuous training in chronic heart failure for improving functional capacity, hemodynamics and quality of life--a controlled study] 988. *Z Kardiologie*. 2002; 91(4): 328-337.
193. Nelles G, Diener HC. [When stroke strikes--after-care and rehabilitation] 754. *Med Klin (Munich.)* 2004; 99(1): 25-34.
194. Noack M, Schneider T, Nosper M. [Eva-Reha: a computer software supporting outcome-based quality management in medical rehabilitation]. [German]. *Gesundheitswesen* 2005; 67(4): 289-295.
195. Petermann F, Koch U. [Psychosomatic rehabilitation: quo vadis?]. [Review] [54 refs] [German]. *Rehabilitation* 2009; 48(5): 257-262.
196. Petermann F. Medical-occupational rehabilitation for adolescents and young adults: How to process and outcome quality. [German]. *Pravention und Rehabilitation*. 20 (4) (pp 168-173), 2008. Date of Publication: Fourth Quarter 2008. 2008; (4): 168-173.
197. Pfammatter M, Hoffmann H, Kupper Z, Brenner HD. Vocational rehabilitation of chronically mentally ill patients - A synopsis of the current position. [German]. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 68 (2) (pp 61-69), 2000. Date of Publication: Feb 2000. 2000; (2): 61-69.
198. Pfund A, Putz J, Wendland G, Theisson M, Aydin U, Hinzpeter B, Lauterbach K, Pohler E, Hopp HW. [Coronary intervention and occupational rehabilitation--a prospective, randomized intervention study]. [German]. *Zeitschrift fur Kardiologie* 2001; 90(9): 655-660.
199. Potz H, Kurz RW, Pirker H, Dorrscheidt W, Uhlir H. [Influence of out-patient training on locus of control and health-relevant attitudes in hypertensive patients] 934. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52(9-10): 417-424.
200. Priebe S, Sinning U. [Effects of a brief couples therapy intervention in coronary rehabilitation. A controlled study] 1105. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001; 51(7): 276-280.
201. Putman K, De WL, Schupp W, Baert I, Brinkmann N, Dejaeger E, De WW, Feys H, Jenni W, Kaske C, Lincoln N, Louckx F, Schuback B, Smith B, Leys M. Variations in follow-up services after inpatient stroke rehabilitation: a multicentre study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009; 41(8): 646-653.
202. Rad K, Steffen S, Kalkan R, Puschner B, Becker T. [Randomised controlled multicenter trial on discharge planning in high utilisers of mental health care]. [German]. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37(4): 191-195.
203. Rangger C, Hrubesch R, Paul C, Reichkender M. [Capacity to participate in sports after injuries of the acromioclavicular joint] 966. *Orthopade* 2002; 31(6): 587-590.
204. Ranneberg J, Neubauer G. [Developing rehabilitation treatment groups for cardiology and orthopaedics -- findings of a research project]. [German]. *Rehabilitation* 2005; 44(1): 34-43.

205. Redaelli M, Mayer-Berger W, Simic D, Kohlmeyer M, Schwitalla B. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.Conference: EuroPREvent 2010 Prague Czech Republic.Conference Start: 20100505 Conference End: 20100507.Conference: EuroPREvent 2010 Prague Czech Republic.Conference Start: 20100505 Confe 2010; (var.pagings): S68.
206. Reiland M, Hotger D. [The BARMER AR procedure as a demand-oriented management system--intermediate-term evaluation and improvements]. [German]. Rehabilitation 2000; 39(1): 43-47.
207. Ritter B. [Ambulatory non-center occupation-related rehabilitation of patients with coronary disease: an alternative in rural areas, too?]. [German]. Herz 2001; 26(1): 89-92.
208. rnhold-Kerri S, Sperlich S, Collatz J. [Disease profiles and therapy effects of patients in mother-child rehabilitation centres]. [German]. Rehabilitation 2003; 42(5): 290-299.
209. Rollnik JD. Challenges for neurological rehabilitation in Germany. [German]. Aktuelle Neurologie.36 (7) (pp 368-371), 2009.Date of Publication: 200909. 2009; (7): 368-371.
210. Rossnagel K, Nolte CH, Muller-Nordhorn J, Jungehulsing GJ, Selim D, Bruggenjurgen B, Villringer A, Willich SN. Medical resource use and costs of health care after acute stroke in Germany. European Journal of Neurology 2005; 12(11): 862-868.
211. Ruddel H, Jurgensen R, Terporten G, Mans E. [Rehabilitation outcomes of a psychosomatic clinic integrating fully inpatient and partial hospitalization rehabilitation approaches: a comparison]. [German]. Rehabilitation 2002; 41(2-3): 189-191.
212. Ruhle KH, Bloch M, Franke KJ, Nilius G. [Telemonitoring of arm ergometric training in COPD patients. A pilot study] 148. Pneumologie. 2009; 63(6): 314-318.
213. Schmid-Ott G, Jodehl S. Rehabilitation and Schooling of Psoriasis Patients. [German]. Aktuelle Dermatologie.29 (12) (pp 524-528), 2003.Date of Publication: Dec 2003. 2003; (12): 524-528.
214. Schmid L, Delbruck H, Bartsch H, Kruck P. On structural quality in rehabilitation of cancer patients: The viewpoint of the German Cancer Society's Section for Rehabilitation, Aftercare and Social Medicine (ARNS). [German]. Rehabilitation.39 (6) (pp 350-354), 2000.Date of Publication: 2000. 2000; (6): 350-354.
215. Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C. [Domiciliary rehabilitation: an innovative form of outpatient medical rehabilitation]. [German]. Rehabilitation 2009; 48(1): 15-25.
216. Schmidt-Wiethoff R, Wolf P, Lehmann M, Habermeyer P. [Physical activity after shoulder arthroplasty] 1021. Sportverletz.Sportschaden. 2002; 16(1): 26-30.
217. Scholz U, Sniehotta FF, Burkert S, Schwarzer R. Increasing physical exercise levels: age-specific benefits of planning. Journal of Aging & Health 2007; 19(5): 851-866.
218. Scholz U, Knoll N, Sniehotta FF, Schwarzer R. Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. Social Science and Medicine.62 (12) (pp 3109-3120), 2006.Date of Publication: June 2006. 2006; (12): 3109-3120.

219. Schott T, Iseringhausen O, Vom OA. [Continuity and the quality of medical care for the cardiac patient: cardiac rehabilitation and its interfaces to acute care (phase I) and the process of coming back (phase III)]. [German]. *Rehabilitation* 2002; 41(2-3): 140-147.
220. Schubmann RM. Integration of prevention groups in an existing outpatient cardiac group. [German]. *Pravention und Rehabilitation*.12 (3) (pp 114-118), 2000.Date of Publication: 2000. 2000; (3): 114-118.
221. Schultz K, Bergmann KC, Kenn K, Petro W, Heitmann RH, Fischer R, Lang SM. [Effectiveness of inpatient pulmonary rehabilitation (AHB). Results of a multicenter prospective observation study]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2006; 131(33): 1793-1798.
222. Schultz K. [Rehabilitation as an integral part of the long-term management of bronchial asthma--what's new from the point of view of rehabilitation medicine]. [German]. *Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2006; 100(6): 441-445.
223. Schultz K, Bergmann K-C, Kenn K, Petro W, Heitmann RH, Fischer R, Lang SM. Efficiency of in-patient pulmonary rehabilitation (AHB) in Germany: Results of a prospective multicentre study. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.131 (33) (pp 1793-1798), 2006.Date of Publication: 18 Aug 2006. 2006; (33): 1793-1798.
224. Schulz O, Dursch M. [From bench to bicycle. Risk assessment in connection with sports activities and exercise programs in the primary and secondary prevention of cardiovascular diseases] 814. *Herz* 2003; 28(5): 359-373.
225. Schwaab B. [Telemedicine in cardiac rehabilitation--a literature review and critical appraisal]. [Review] [30 refs] [German]. *Rehabilitation* 2007; 46(5): 276-282.
226. Schwaab B. Cardiovascular rehabilitation. [German]. *Internist*.51 (10) (pp 1231-1238), 2010.Date of Publication: October 2010. 2010; (10): 1231-1238.
227. Schwanitz HJ. Tertiary prevention of occupational skin disorders/investigations on a prevention program including an in-patient phase. [German]. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*.50 (6) (pp 212-217), 2002.Date of Publication: 2002. 2002; (6): 212-217.
228. Seitz R, Wasem J, Krauth C. Economic evaluation of rehabilitation: The perspective of Pension Insurance Institutes. [German]. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften*.8 (1) (pp 58-77), 2000.Date of Publication: 2000. 2000; (1): 58-77.
229. Sick PB, Niebauer J, Schuler G. [Lifelong after-care and secondary prevention after myocardial infarct] 682. *Med Klin (Munich.)* 2004; 99(6): 309-320.
230. Siegfried W, Kromeyer-Hauschild K, Zabel G, Siegfried A, Wabitsch M, Holl RW. [Long-term inpatient treatment of extreme juvenile obesity: an 18-month catamnestic study] 423. *MMW Fortschr Med* 2006; 148(35-36): 39-41.
231. Simmich T. Perspektiven zur Zukunft der stationaeren Psychotherapie. Future prospects of inpatient psychotherapy. *Dynamische Psychiatrie* 2005; 38(1): 2005-2018.
232. Skudlik C, Weisshaar E, Scheidt R, Wulfhorst B, Diepgen TL, Elsner P, Schonfeld M, John SM. Multicenter study "Medical-Occupational Rehabilitation Procedure Skin--optimizing and

- quality assurance of inpatient-management (ROQ)". Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2009; 7(2): 122-126.
233. Specht-Leible N, Schultz U, Kraus B, Meeder PJ, Quentmeier A, Ewerbeck V, Voss E, Martin M, Oster P. [Case management and functional outcome in persons aged 65 years and over with hip fracture] 864. Unfallchirurg 2003; 106(3): 207-214.
  234. Spohn S, Wittmann M, Petro W. [The education program for patients with COPD from Bad Reichenhall]. [German]. Pneumologie 2001; 55(10): 470-474.
  235. Spranger M. Back to work-strategies in neurological rehabilitation. [German]. Prævention und Rehabilitation.20 (4) (pp 193-196), 2008.Date of Publication: Fourth Quarter 2008. 2008; (4): 193-196.
  236. Steffanowski A, Loeschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nuebling R. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie. Meta-analysis of the effects of in-patient psychosomatic rehabilitation. Meta-study. Bern: Huber (2007) 1995; 178: S.
  237. Steinert T, Böhnet U, Flammer E, Luchtenberg D, Eisele F. [Effects of a training of power and balance on the use of mechanical restraint among in-patients with dementia] 140. Psychiatr Prax 2009; 36(6): 273-278.
  238. Sterdt E, Brandes I, Dathe R, Walter U. [Post-rehabilitation care in the context of cardiac rehabilitation--aspects of prevention and health promotion]. [German]. Rehabilitation 2010; 49(2): 87-94.
  239. Stien J, Adler G. [Training program for the enhancement of social competence in elderly depressive patients] 343. Psychiatr Prax 2007; 34(3): 145-149.
  240. Stier R, Gerdes N, Buhrlen B, Haaf HG, Jackel WH. [Reconditioning in groups: an effective programme for the rehabilitation of patients with low back pain?] 1059. Rehabilitation (Stuttg) 2001; 40(6): 321-331.
  241. Stoll T, Huber E, Bachmann S, Baumeler HR, Mariacher S, Meyer T, Rutz M, Schneider W, Spring H, Aeschlimann A, Steiner W. [Are inpatient rehabilitation or ambulatory physical therapy of patients with musculoskeletal problems effective and are patients referred to proper treatment?] 913. Praxis (Bern.1994.) 2002; 91(45): 1900-1908.
  242. Storb SH, Strahl HM. [Cognitive group therapy for tinnitus--a retrospective study of their efficacy] 459. Laryngorhinootologie. 2006; 85(7): 506-511.
  243. Strobel ES, Fritschka E. [Current aspects of oncological rehabilitation]. [German]. MMW Fortschritte der Medizin 2006; 148(42): 49-51.
  244. Stromer H, Franzen D, de HF. [Management of patients with prosthetic heart valves]. [Review] [34 refs] [German]. Herz 2006; 31(5): 455-468.

245. Taube K. Organisation and outcome of exercise training in patients with COPD in Germany. [German]. Atemwegs- und Lungenkrankheiten.36 (6) (pp 231-235), 2010.Date of Publication: June 2010. 2010; (6): 231-235.
246. Tecklenburg HJ. Realization and effectiveness of out-patient rehabilitation - Results of a prospective multicentric survey (1994-1998) at certified treatment centers in Schleswig-Holstein (Germany). [German]. Sucht.47 (5) (pp 350-358), 2001.Date of Publication: 2001. 2001; (5): 350-358.
247. Tecklenburg HJ. Umsetzung und Effektivitaet ambulanter Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Katamnese (1994-1998) an anerkannten Behandlungsstellen in Schleswig-Holstein. Implementation and effectiveness of outpatient alcohol and drug rehabilitation - Results of a prospective multicenter study (1994-1998) at certified treatment centers in Schleswig-Holstein (Germany). Sucht 2001; 47(5): 2001-2358.
248. Tegtbur U, Busse MW, Jung K, Markofsky A, Machold H, Brinkmeier U, Kunsebeck HW, Haverich A, Pethig K. [Phase III rehabilitation after heart transplantation] 777. Z Kardiol. 2003; 92(11): 908-915.
249. Teichmann JV. [Oncological rehabilitation: evaluation of the efficiency of inpatient rehabilitation] 1037. Rehabilitation (Stuttg) 2002; 41(1): 53-63.
250. Templin R, Janek D. [Inpatient post-transplant services and intermittent rehabilitation in patients after kidney transplantation]. [German]. Urologe (Ausg 2006; A).(1): 67-71.
251. Theiler R, Widler C. [Standardized telephone interviews to monitor pain. Pilot study to determine feasibility] 310. Schmerz 2008; 22(1): 75-81.
252. Thomas B, Wirnitzer B. [Nurse counseling in the Munich-Neuperlach Hospital: initial results of a model project] 871. Pflege Z 2001; 54(12): 869-872.
253. Thomas HP, Steinhagen-Thiessen E. [Prevention of disability in the elderly] 727. Internist (Berl) 2004; 45(2): 189-195.
254. Tillmanns H, Erdogan A, Sedding D. Treatment of chronic CAD--do the guidelines (ESC, AHA) reflect daily practice? Herz 2009; 34(1): 39-54.
255. Ugurel S, Enk A. Skin cancer: follow-up, rehabilitation, palliative and supportive care. [Review] [3 refs]. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 9999; 6(6): 492-498.
256. Unverdorben M, Unverdorben S, Edel K, Degenhardt R, Brusis OA, Vallbracht C. Risk predictors and frequency of cardiovascular symptoms occurring during cardiac rehabilitation programs in phase III-WHO. Clinical Research in Cardiology 2007; 96(6): 383-388.
257. van Egmond-Frohlich A, Brauer W, Goldschmidt H, Hoff-Emden H, Oepen J, Zimmermann E. [Effects of a programme for structured outpatient follow-up care after inpatient rehabilitation of obese children and adolescents--a multicentre, randomized study]. [German]. Rehabilitation 2006; 45(1): 40-51.



258. Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. [Controlled trials on the efficacy of occupational therapy with elderly. Part II: Evidence for prioritized diseases and disabilities] 610. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37(6): 450-458.
259. Voller H, Dovifat C, Schulz T, Lotsch M, Muller-Nordhorn J, Bestehorn K, Dissmann R, Willich SN. [Acceptance of a patient passport in secondary prevention of coronary heart disease] 689. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129(21): 1183-1187.
260. Voller H, Klein G, Gohlke H, Dovifat C, Binting S, Muller-Nordhorn J, Willich SN, PIN S. [Secondary prevention in coronary patients after inpatient rehabilitation]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2000; 125(48): 1457-1461.
261. Von Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP. [Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg] 781. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36(5): 378-391.
262. Weber M. [Occupational rehabilitation management according to paragraph 84 SGB IX: preventing illness induced job resignation]. [German]. *Pflege Zeitschrift* 2008; 61(10): 574-575.
263. Wehrmann J. [Guidelines for rehabilitation of dermatological diseases]. [German]. *Hautarzt* 2005; 56(7): 626-630.
264. Weiler SW, Foeh KP, van MA, Touissant R, Sonntag N, Gaessler A, Schulze J, Kessel R. Outpatient rehabilitation of workers with musculoskeletal disorders using structured workplace description. *International Archives of Occupational & Environmental Health* 2009; 82(4): 427-434.
265. Weis J, Domann U. [Interventions in the rehabilitation of breast cancer patients--a critical literature review of the state of the art]. [Review] [150 refs] [German]. *Rehabilitation* 2006; 45(3): 129-145.
266. Werner C, Pohl M, Holzgraefe M, Kroczeck G, Mehrholz J, Wingendorf I, Holig G, Koch R, Hesse S. Locomotor training in subacute stroke patients: Results of a multicenter study (DEGAS). [German]. *Neurologie und Rehabilitation*. 12 (5) (pp 262-269), 2006. Date of Publication: Nov 2006. 2006; (5): 262-269.
267. Wewel AR, Jorres RA, Kirsten D. [Possibilities and perspectives of home-based exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary diseases]. [Review] [102 refs] [German]. *Pneumologie* 2005; 59(5): 328-336.
268. Wiborg G, Hanewinkel R, Isensee B, Horn WR. [Development, implementation and evaluation of a program for the cessation of smoking for adolescents and young adult smokers] 670. *Gesundheitswesen* 2004; 66(7): 433-438.
269. Wilk-Franczuk M, Zemla J, Sliwinski Z. The application of biofeedback exercises in patients following arthroplasty of the knee with the use of total endoprosthesis. *Medical Science Monitor*. 16 (9) (pp CR423-CR426), 2010. Date of Publication: 2010. 2010; (9): CR423-CR426.

270. Winkelhake U, Schutzeichel F, Niemann O, Daalman HH. [Occupationally Orientated Medical Rehabilitation (BOR) for disabilities caused by orthopedic diseases]. [German]. Rehabilitation 2003; 42(1): 30-35.
271. Wittmann M, Spohn S, Schultz K, Pfeifer M, Petro W. [Patient education in COPD during inpatient rehabilitation improves quality of life and morbidity]. [German]. Pneumologie 2007; 61(10): 636-642.
272. Worth H. [Effects of patient education in asthma and COPD--what is provable?] 886. Med Klin (Munich.) 2002; 97 Suppl 2: 20-24.
273. Zillessen E. [Ambulant rehabilitation of patients with gastrointestinal and metabolic diseases]. [German]. Zeitschrift fur Gastroenterologie 2002; 40: Suppl-S23.
274. Zimmer A, Gregersen S, Kuhnert S, Nienhaus A. [Workplace health promotion through human resources development part I: development and evaluation of qualification programme for prevention of psychic stresses] 115. Gesundheitswesen 2010; 72(4): 209-215.
275. Zimmer B, Moessner M, Kordy H. [The communication of chronically ill patients in an internet chat for aftercare of inpatient psychosomatic treatment] 4. Rehabilitation (Stuttg) 2010; 49(5): 301-307.
276. Zwick RH, Burghuber OC, Dovjak N, Hartl S, Kossler W, Lichtenschopf A, Muller R, Zwick H. [The effect of one year outpatient pulmonary rehabilitation on patients with COPD] 132. Wien Klin Wochenschr 2009; 121(5-6): 189-195.

## **Anhang G: Eingeschlossene Abstracts**

## Eingeschlossene Abstracts

- (1) Alles T, Flach T, Schmidt C. Evaluation der Nachsorgeintervention JobTrain. DRV-Schriften 2010;283-285.  
Ref ID: 370
- (2) Anton E, Haberkamp I, Rüdell H. Fallbegleitung der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation - Erste Ergebnisse aus dem Reha-Kompetenzzentrum Bad Kreuznach/Bad Münster am Stein. DRV-Schriften 2008;223-224.  
Ref ID: 277
- (3) Assmann C, Iseringhausen O, Schott T, Staender J. Übergänge gestalten! Patientenorientierung und vernetzte Versorgung zwischen den Sektoren. DRV-Schriften 2012;152-153.  
Ref ID: 485
- (4) Auclair P, Weis J, Mumm A. Evaluation eines stationären Rehabilitationsprogramm nach allogener Stammzelltransplantation (Forschungsprojekt SANAS). DRV-Schriften 2005;382-383.  
Ref ID: 186
- (5) Auclair P, Mumm A, Weis J. Stationäre Rehabilitation und ambulante Nachsorge bei allogener Stammzelltransplantation (SANAS). DRV-Schriften 2004;(52):492-493.  
Ref ID: 221
- (6) Auclair P, Weis J, Mumm A. Stationäre Rehabilitation und ambulante Nachsorge bei allogener Stammzelltransplantation: Ergebnisse des Forschungsprojekts SANAS. DRV-Schriften 2006;418-419.  
Ref ID: 220
- (7) Bartel S, Nowossadeck E, Spyra K. Akzeptanz internetbasierter Nachsorgemodule durch orthopädische und kardiologische RehabilitandInnen. DRV-Schriften 2010;175-176.  
Ref ID: 364
- (8) Bartsch HH, Finke J, Mumm A. Hämatopoetische Stammzelltransplantation - Neue Konzepte in der Rehabilitation und Nachsorge transplantierter Patienten. Karger Verlag Basel, Freiburg, Paris; 2001.  
Ref ID: 149
- (9) Bähr S, Raschke F, Fischer J. Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil bei psychovegetativer Erschöpfung. DRV-Schriften 2010;110-112.  
Ref ID: 356
- (10) Beck L, Kusak G, Mau W. "Schnittstellen teilstationärer orthopädisch-rheumatologischer Rehabilitation: Vernetzung mit beruflicher Rehabilitation und Nachsorge, Projekt B2". Abschlussbericht im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen (RFNB), 2 Förderphase 2005.  
Ref ID: 280
- (11) Beck L, Mattukat K, Ehlebracht-König J. Motivation zur Umsetzung von Bewegungsaktivitäten 4 Wochen nach Reha-Ende bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. DRV-Schriften 2010;348-350.  
Ref ID: 376

- (12) Becker C, Saal S, Lorenz S, Schubert M, Zimmermann M, Behrens J. Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement in der Nachsorge von Patienten mit Schlaganfall - Ein innovatives und bedarfsorientiertes Konzept?! DRV-Schriften 2012;381-383.  
Ref ID: 497
- (13) Benoit D, Webendörfer S, Thiel T, Bischoff C, Limbacher K. Ein Jahr nach der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Nachhaltigkeit von Empfehlungen zu LTA und zur ambulanten Reha-Nachsorge. DRV-Schriften 2012;485-487.  
Ref ID: 507
- (14) Berking M, Dreesen J, Schröder Keal. Therapieziele von Patienten für eine ambulante Anschlussbehandlung nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme. DRV-Schriften 2004;553-556.  
Ref ID: 154
- (15) Bestmann A, Hesse S, Herz Keal. Modellprojekt Hilfsmittel-Ambulanz: Wissenschaftliche Ergebnisse und Erprobung im klinischen Alltag. DRV-Schriften 2004;414-415.  
Ref ID: 140
- (16) Bischoff C, Dreher C, Schmädeke Seal. Akzeptanz einer Handheld-gestützten Kurzintervention zur Selbstregulation der beruflichen Verausgabungsbereitschaft von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2009;459-460.  
Ref ID: 348
- (17) Bischoff C, Schmädeke S. Elektronisches Coaching - eine neue Methode zur Optimierung der psychosomatischen Reha-Nachsorge mit Hilfe von Handheld-Computern. DRV-Schriften 2007;217-218.  
Ref ID: 237
- (18) Bley U, Ritterbach U, Bitzer EM. Telefonische Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation - Eine Aufwandsabschätzung. DRV-Schriften 2012;45-48.  
Ref ID: 473
- (19) Bode M. Intensivierte Rehabilitationsnachsorge - Bei welchen Patienten ist die Einleitung einer IRENA-Maßnahme sinnvoll? DRV-Schriften 2003;312-314.  
Ref ID: 74
- (20) Borgetto B. Gemeinschaftliche Krankheitsbewältigung - Welchen Beitrag leisten die Gesprächskreise der Rheuma-Liga zur Reha-Nachsorge? DRV-Schriften 2005;301-302.  
Ref ID: 175
- (21) Borgetto B. Zum Stand der Selbsthilfeforschung und ihrer Relevanz für die Rehabilitation. DRV-Schriften 2001;147-148.  
Ref ID: 30
- (22) Bosse B, Bahrke U, Fikentscher Eeal. Nachsorgeempfehlungen bei Rückenschmerzpatienten nach stationärer Rehabilitation - spezifisch? DRV-Schriften 2007;412-414.  
Ref ID: 249
- (23) Bönisch A, Dorn M, Ehlebracht-König I. "Berufliche Zukunft" - Zwischenergebnisse zur Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit beruflicher Problemlage in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2009;56-57.  
Ref ID: 318

- (24) Bönisch A, Ehlebracht-König I. Ein strukturiertes stationäres Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation - Akzeptanz bei den Teilnehmern. DRV-Schriften 2004;(52):172-173.  
Ref ID: 173
- (25) Bönisch A, Ehlebracht-König I. Ein strukturiertes stationäres Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation - Ergebniswirksamkeit im 1-Jahres-Verlauf. DRV-Schriften 2005;271-272.  
Ref ID: 172
- (26) Bönisch R, Bremer EJ, Schweidtmann Weal. Motivation zur körperlichen Aktivität im Rehabilitationsverlauf kardiologischer Patienten und Wirkung der Telefonischen Nachsorge zur Förderung der intrinsischen Motivation. DRV-Schriften 2010;416-417.  
Ref ID: 392
- (27) Brandes I, Mau W, Beck Leal. Gesundheitsökonomische Evaluation von Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation. DRV-Schriften 2006;295-297.  
Ref ID: 211
- (28) Brandes I, Beck L, Krauth Ceal. Reha-Erfolg ambulanter Nachsorge aus gesundheitsökonomischer Sicht. DRV-Schriften 2007;215-217.  
Ref ID: 236
- (29) Briest J, Bieniek S, Bethge M. Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge (IMBORENA) - Ergebnisse einer Bedarfsanalyse. DRV-Schriften 2012;52-53.  
Ref ID: 476
- (30) Brocai DRC, Heckl U, Seuthe-Witz Seal. Evaluation einer psychoonkologischen Gruppenintervention (EpoG) in der ambulanten Nachsorge - eine randomisierte Multicenterstudie. DRV-Schriften 2002;401-403.  
Ref ID: 52
- (31) Brocai DRC, Weis J, Heckl Ueal. Evaluation einer psychoonkologischen Gruppenintervention (EpoG) in der ambulanten Rehabilitation - Erfahrungen bei der Durchführung einer randomisierten Multicenterstudie. DRV-Schriften 2003;317-319.  
Ref ID: 79
- (32) Bürger W. Begleitende Nachsorge bei Stufenweiser Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung - Erste Erfahrungen über den inkrementellen Nutzen eines solchen Angebotes. DRV-Schriften 2010;266-268.  
Ref ID: 368
- (33) China C, Mittag O. Entwicklung eines Anleitungs- und Dokumentationsbogens (Manual) für die telefonische Nachsorge in der onkologischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003;(61):85-103.  
Ref ID: 397
- (34) China C, Mittag O, Hoberg Eeal. Telefonische Nachsorge bei Koronarpatienten. DRV-Schriften 2004;151-153.  
Ref ID: 110
- (35) China C, Mittag O, Hoberg Eeal. Telefonische Nachsorge bei KoronarpatientInnen: Ergebnisse der Lübecker Nachsorgestudie. DRV-Schriften 2005;328-330.  
Ref ID: 179

- (36) Danner H-W, Kison A, Morfeld M. Ergebnisse des gezielten Einsatzes zweier Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2012;54-56.  
Ref ID: 477
- (37) Danner HW. Stufenweise Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation. Rehabilitation und Nachsorge Bedarf und Umsetzung 2004;93-104.  
Ref ID: 373
- (38) Deck R, Schramm S, Hüppe A. Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Ein möglicher Weg zur Steigerung der längerfristigen Effektivität der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2011;41-43.  
Ref ID: 420
- (39) Deck R, Jürgensen M, Hüppe A. Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Möglichkeiten und Grenzen begleitender Reha-Nachsorge - Ergebnisse der 24-Monatskatamnese. DRV-Schriften 2012;32-34.  
Ref ID: 466
- (40) Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O. Rehabilitation und Nachsorge. Rehabilitationsnachsorge: Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzungen Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin (Bd 10) 2004.  
Ref ID: 423
- (41) Delbrück H. Nachsorge und Rehabilitation bei Tumortherapie. Kompendium Internistische Onkologie 2006;1343-1351.  
Ref ID: 456
- (42) Döbler A, Mittag O. Erwartungen und Wünsche von Typ-2-DiabetespatientInnen an eine (telefonische) Nachsorge. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2011;(82):301-306.  
Ref ID: 459
- (43) Döbler A, Pollmann H, Raspe H, Mittag O. Telefonische Reha-Nachsorge bei Diabetes Mellitus Typ 2: Konzeption, Akzeptanz und Baseline-Daten. DRV-Schriften 2012;432-434.  
Ref ID: 500
- (44) Döring J, Streibelt M. Die Entscheidung zur Integrierten Versorgung: Eine Analyse zur Patientensouveränität. DRV-Schriften 2008;335-336.  
Ref ID: 283
- (45) Ebert D, Wylter H, Tarnowski T. Einsatz neuer Medien in der psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. DRV-Schriften 2009;91-93.  
Ref ID: 322
- (46) Ebert D, Tarnowski T, Berking M. Vernetzung von Psychotherapie und Alltag: Ein web-basiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. E-Mental-Health Neue Medien in der psychosozialen Versorgung 2008.  
Ref ID: 406
- (47) Ebert D, Tarnowski T, Berking M. Vernetzung von Psychotherapie und Alltag. Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. Neue

- Medien in der psychosomatischen Rehabilitation 2008;251-265.  
Ref ID: 323
- (48) Ebert DD, Tarnowski T, Dippel A. W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie. DRV-Schriften 2011;38-40.  
Ref ID: 418
- (49) Ebert DD, Tarnowski T, Schneider D, Dippel A, Sieland B, Gollwitzer M et al. Web-basierte Nachsorge: Nur was für junge und hoch gebildete Rehabilitanden? Sekundäranalysen einer randomisiert kontrollierten Studie zur Überprüfung der Effektivität einer transdiagnostischen webbasierten Rehabilitations-Nachsorge (W-RENA). DRV-Schriften 2012;62-63.  
Ref ID: 481
- (50) Ehlebracht-König I, Fricke D, Wollenhaupt J. Die Auswirkungen des Funktionstrainings auf die Lebensqualität - Eine Befragung von Mitgliedern der Rheuma-Liga Niedersachsen e.V. DRV-Schriften 2011;48-49.  
Ref ID: 426
- (51) Ehlebracht-König I, Bönisch A. Einflüsse von Rehabilitationsdauer und Diagnose auf Schmerzbelastung und körperliche Aktivität nach der Rehabilitation. DRV-Schriften 2004;453-455.  
Ref ID: 145
- (52) Ehlebracht-König I, Bönisch A. Stationäre Nachsorge bei rheumatischen Erkrankungen - Konzept, Erprobung und Akzeptanz. Die Rehabilitation 2005.  
Ref ID: 174
- (53) Ehlebracht-König I, Bönisch A. Unterscheiden sich Patienten mit 3-wöchiger stationärer Rehabilitation von Patienten mit 4-wöchiger Reha-Dauer in der Ergebniswirksamkeit? DRV-Schriften 2003;335-336.  
Ref ID: 83
- (54) Eich M, Missel P, Wollmerstedt N, Kramer D. Forschungsprojekt zur Web-basierten Tele-Nachsorge: Erste Ergebnisse und Live-Demonstration eines Gruppenchats. DRV-Schriften 2012;488-489.  
Ref ID: 508
- (55) Erler K, Heyne A, Brückner L. Evaluierung der Ergebnisse der IRENA bei orthopädischen Patienten. DRV-Schriften 2011;32-33.  
Ref ID: 414
- (56) Erler K, Heyne A, Neumann U. Vergleich der Lebensqualität und der funktionellen Leistungsfähigkeit von Teilnehmern an einer IRENA-Maßnahme und Nicht-Teilnehmern. DRV-Schriften 2012;34-35.  
Ref ID: 467
- (57) Ernst G, Hübner P. Effekte einer Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus - Erste Zwischenergebnisse. DRV-Schriften 2008;395-396.  
Ref ID: 344



- (58) Ernst G, Hübner P. Intervallrehabilitation bei der Behandlung des Diabetes mellitus. DRV-Schriften 2008;464-465.  
Ref ID: 295
- (59) Ernst G. Nachsorge in der Medizinischen Rehabilitation - Welche Erfolgsfaktoren lassen sich erkennen? Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse. DRV-Schriften 2010;165-166.  
Ref ID: 358
- (60) Ernst G, Hübner P. Welche Effekte hat eine Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus? Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. DRV-Schriften 2011;459-460.  
Ref ID: 401
- (61) Ernst G, Hübner P. Welche Rolle spielen Genderaspekte in der endokrinologischen Rehabilitation und Nachsorge? DRV-Schriften 2011;432-433.  
Ref ID: 458
- (62) Fahrenkrog H, Nehls J, Wolf C. Case-Management zum Erhalt von Beschäftigungsverhältnissen erkrankter Arbeitnehmer. DRV-Schriften 2004;193-195.  
Ref ID: 150
- (63) Faller H, Ströbl V, Landgraf U, Knisel W. Telefonische Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas: Ergebnisse 12 Monate nach der Rehabilitation. DRV-Schriften 2012;44-45.  
Ref ID: 472
- (64) Fleig L, Pomp S, Schwarzer R, Pimmer V, Lippke S. Reha-Nachsorge per computergestützter Telefonberatung? Effektivität und Wirkmechanismen eines psychologischen Nachsorgeprogrammes zur Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität bei kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden. DRV-Schriften 2012;42-43.  
Ref ID: 471
- (65) Fries W, Ludwig L. Rehabilitation und Nachsorge Nach Schädelhirnverletzung. Möglichkeit und Wirklichkeit. Bad Honnef: Hippocampus Verlag; 2007.  
Ref ID: 409
- (66) Gerdes N. Empfehlungen zur Gestaltung der Nachsorge aus reha-wissenschaftlicher Sicht. Rehabilitation und Nachsorge Bedarf und Umsetzung 2004;39-54.  
Ref ID: 268
- (67) Gerling J, Denkler P, Haase I. Erste Erfahrungen mit einem computergestützten Teletrainingssystem in der ambulanten Sekundärprävention Koronarkranker. DRV-Schriften 2003;319-320.  
Ref ID: 80
- (68) Gerling J, Haase I. Motivierung zum individuellen Eigentraining in der kardiologischen Rehabilitation (Phase III) mittels eines computergestützten Teletrainingssystems. DRV-Schriften 2004;409-410.  
Ref ID: 136
- (69) Golkaramnay V, Cicholas B, Vogler J. Die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes "Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation". DRV-Schriften 2009;41-42.  
Ref ID: 315

- (70) Golkaramnay V, Wangemann T, Cicholas Beal. Internetgestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2008;543-544.  
Ref ID: 305
- (71) Golkaramnay V, Cicholas B, Vogler J. Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2010;171-172.  
Ref ID: 361
- (72) Gönner S, Bischoff C, Husen Eeal. Effekte ambulanter prä- und poststationärer Maßnahmen auf die Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2003;497-498.  
Ref ID: 98
- (73) Gülich M, Müller E, Jäckel WH. Evidenzbasiertes Behandlungskonzept für die Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksendoprothesen: Entwicklung und Ergebnisse. DRV-Schriften 2008;370-371.  
Ref ID: 284
- (74) Gülich M, Engel EM, Klein Geal. Nachhaltigkeit der Sekundärprävention in der kardiologischen Rehabilitation - Einfluss von Patientenschulung und optimiertem Schnittstellenmanagement. DRV-Schriften 2001;331-332.  
Ref ID: 35
- (75) Hahmann HW, Wüsten B, Nuß Beal. Der Einfluss einer intensivierten Reha-Nachsorge nach AHB bei koronarer Herzkrankheit auf Fragen zur Alltagsbewältigung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung - Ergebnisse der INKA-Studie. DRV-Schriften 2005;327-328.  
Ref ID: 178
- (76) Hahmann HW, Wüsten B, Nuß Beal. Intensivierte Reha-Nachsorge nach stationärer Anschlussheilbehandlung bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit - Die Ergebnisse der INKAstudie. DRV-Schriften 2004;181-183.  
Ref ID: 122
- (77) Harfst T, Koch U, Schulz H. Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation - Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. Die Rehabilitation 2002;(41):407-414.  
Ref ID: 114
- (78) Harfst T, Lang K, Koch Ueal. Nachsorgeempfehlungen in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation: Umsetzung und Zusammenhang mit dem längerfristigen Rehabilitationserfolg. DRV-Schriften 2003;464-466.  
Ref ID: 92
- (79) Hentschke C, Hofmann J, Pfeifer K. RÜCKGEWINN: Implementierungsverfahren einer Nachsorgestudie - Lektion gelernt! DRV-Schriften 2012;39-41.  
Ref ID: 470
- (80) Heuer J, Hesse B. Struktur- und Prozessevaluation der Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge der LVA Westfalen. DRV-Schriften 2004;179-181.  
Ref ID: 121
- (81) Hoberg E, Bestehorn K, Wegscheider Keal. Auffrischkurse nach kardiologischer Anschlussrehabilitation (HANSA-Studie). DRV-Schriften 2004;150-151.  
Ref ID: 109

- (82) Hoff-Emden H. Können wir das "dicke Ende" verhindern? Ergebnisse einer 4-jährigen Adipositas-Nachsorgestudie. DRV-Schriften 2009;466-468.  
Ref ID: 349
- (83) Holub V, Resler J, Eckhoff-Puschmann R. Evaluation eines Nachsorgeprogramms zum Nichtrauchertraining in der stationären Rehabilitation. DRV-Schriften 2006;450-451.  
Ref ID: 224
- (84) Höder J, Deck R. Nachsorge: Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden in der Rehabilitation muskuloskeletaler Erkrankungen. DRV-Schriften 2008;206-207.  
Ref ID: 266
- (85) Höflich A, Meyer F, Matzat Jeal. Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen nach psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2007;540-542.  
Ref ID: 255
- (86) Huber D, Kittel J, Hoberg Eeal. Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA-Studie). DRV-Schriften 2010;424-426.  
Ref ID: 393
- (87) Huber D, Kittel J, Karoff Meal. Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen. Kurz: Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge (BERUNA-Studie). DRV-Schriften 2011;192-194.  
Ref ID: 438
- (88) Huth F, Pollmann H. Ernährungsverhalten und Krankheitsverarbeitung bei magenresezierten Patienten. DRV-Schriften 2004;517-518.  
Ref ID: 152
- (89) Hüppe A, Deck R, Schramm S. Der Weg zu einer Gelebten Nachsorge - über 7 Brücken musst du gehen. Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation 2010;91-100.  
Ref ID: 421
- (90) Jalilvand N, Krauth C, Bönisch Aeal. Gesundheitsökonomische Überprüfung eines strukturierten stationären Nachsorgekonzepts für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2003;208-210.  
Ref ID: 67
- (91) Jalilvand N, Krauth C, Bönisch Aeal. Indirekten Kosten bei einem strukturierten stationären Nachsorgekonzept für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2005;166-168.  
Ref ID: 165
- (92) Jalilvand N, Krauth C, Böninsch Aeal. Patientenbefragung mit einem prospektiven Kostenwochenbuch im Rahmen der Überprüfung eines strukturierten stationären Nachsorgekonzepts für rheumatische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2004;174-176.  
Ref ID: 119
- (93) Kamke W, Hechtner J, Schenk H. Strukturierte Schulungen nach einer kardiologischen Rehabilitation - Evaluation aus Sicht der Teilnehmer. DRV-Schriften 2011;392-393.  
Ref ID: 452

- (94) Karoff M, Röseler R, Lorenz Ceal. Intensivierte Nachsorge (INA) - ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt und/oder Bypassoperation. Z Kardiologie 2000;(89):423-433.  
Ref ID: 394
- (95) Karoff M, Müller-Fahrnow W, Schliehe Feal. Teikö-Studie zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation - von der Kontraindikation zur Indikation. DRV-Schriften 2000;76-77.  
Ref ID: 4
- (96) Kähnert H, Exner A-K, Leibbrand B, Biester I, Gharaei D, Niehues C et al. Einfluss der INOP - Intervention zur Handlungs- und Bewältigungsplanung auf das Bewegungsverhalten von Brustkrebspatientinnen - Profitieren alle Patientinnen gleichermaßen? DRV-Schriften 2012;419-420.  
Ref ID: 499
- (97) Kähnert H, Exner A-K, Leibbrand Beal. Einfluss einer stationären Rehabilitation auf das Sportverhalten und die sozial-kognitiven Ressourcen von Brustkrebspatientinnen. DRV-Schriften 2011;419-421.  
Ref ID: 454
- (98) Kähnert H, Exner A-K, Leibbrand Beal. Einfluss von körperlicher Aktivität auf Schmerzerleben, Schulterbeweglichkeit und Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen nach Abschluss einer Rehabilitation. DRV-Schriften 2010;448-449.  
Ref ID: 399
- (99) Keck M, Nübling R, Schmidt J. Ergebnisse der Re-Zertifizierung von Herzgruppen in Rheinland-Pfalz. DRV-Schriften 2008;436-437.  
Ref ID: 291
- (100) Keck M, Nübling R, Schmidt J. Ergebnisse des KARENA-Nachsorgeprojekts (Kardiologische Reha-Nachsorge). DRV-Schriften 2011;388-389.  
Ref ID: 451
- (101) Keck M. Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung mittels Telefonnachsorge. DRV-Schriften 2009;357-358.  
Ref ID: 339
- (102) Klein M, Borgetto B. Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfeinitiativen: Ergebnisse einer Befragung deutscher Rehabilitationseinrichtungen. DRV-Schriften 2003;41-42.  
Ref ID: 62
- (103) Klein M, Borgetto B. Vernetzung und Kooperation von Selbsthilfegruppen/-organisationen und Rehabilitationseinrichtungen. DRV-Schriften 2002;222-225.  
Ref ID: 44
- (104) Klosterhuis H, Gross B, Winnefeld M. Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe - ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). DAG SHG/Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002;90-100.  
Ref ID: 272

- (105) Knülle E, Theißen U. WeB-Reha und Ford-Werke GmbH - Vernetzte Partner in der nachhaltigen Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit. DRV-Schriften 2011;211-212.  
Ref ID: 440
- (106) Kobelt A, Grosch E, Lamprecht F. Ambulante psychosomatische Nachsorge. Stuttgart: Schattauer; 2002.  
Ref ID: 96
- (107) Kobelt A, Grosch E, Schmid-Ott Geal. Ambulante psychosomatische Nachsorge nach dem Curriculum Hannover. Die Fünfjahreskatamnese. DRV-Schriften 2005;479-480.  
Ref ID: 187
- (108) Kobelt A, Schäfer HG, Schwarze Meal. Effektivität Medizinischer Trainingstherapie (MAT/MTT) als Nachsorgeleistung zur Erhaltung des Rehabilitationserfolges bei Rehabilitanden mit muskulo-skeletalen Erkrankungen. DRV-Schriften 2008;214-215.  
Ref ID: 276
- (109) Kobelt A, Lieverscheidt B, Grosch E. Unterscheiden sich die Ergebnisse der ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach dem Curriculum Hannover bei Arbeitern und Angestellten? Eine katamnestiche Studie vor dem Hintergrund einer überwunden geglaubten Schichtspezifität. DRV-Schriften 2009;435-437.  
Ref ID: 346
- (110) Kohlmeyer M, Redaelli M, Seiwert Beal. Hintergrund, Design und Baseline-Daten aus der SeKoNa-Studie - Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließender konzeptintegrierter Nachsorge. DRV-Schriften 2006;393-394.  
Ref ID: 219
- (111) Kohlmeyer M, Redaelli M, Büscher Geal. Nachhaltigkeit in der Sekundärprävention Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließende konzeptintegrierte Nachsorge (SeKoNa). DRV-Schriften 2008;404-405.  
Ref ID: 289
- (112) Kohlmeyer M, Seiwert B, Mayer-Berger W. Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließender konzeptintegrierter Nachsorge. Poster und Präsentation anlässlich der refonet Jahrestagung 2007 2007.  
Ref ID: 296
- (113) Kohlmeyer M, Redaelli M, Seiwert Beal. Sozioökonomische Bedeutung einer konzeptintegrierten kardialen Nachbetreuung - Erste sozioökonomische Ergebnisse aus der SeKoNa-Studie. DRV-Schriften 2007;347-349.  
Ref ID: 246
- (114) Köpke K-H. Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Rehabilitation 2005;(44):344-352.  
Ref ID: 257
- (115) Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge! Hannoversche Werkstattgespräche Rehabilitation der Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung; 2007.  
Ref ID: 424

- (116) Köpke K-H. Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Hausdruckerei der LVA Schleswig-Holstein Lübeck / Hamburg 2004.  
Ref ID: 241
- (117) Köpke K-H. Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Bestandsaufnahme im Auftrag der LVA Schleswig-Holstein. (Hausdruckerei der LVA Schleswig-Holstein) Lübeck / Hamburg 2004.  
Ref ID: 274
- (118) Köpke KH. Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung am Beispiel der Nachsorge. Manuskript in Vorbereitung im Rahmen eines Forschungsprojektes der LVA Schleswig-Holstein 2003.  
Ref ID: 156
- (119) Körtke H, Feige T, Frisch S. Rehabilitation am Arbeitsplatz durch telemedizinische Betreuung. DRV-Schriften 2011;50-51.  
Ref ID: 427
- (120) Kulke H. FIT-Programm - ein geeigneter Weg zur rehabilitativen Nachsorge bei neuropsychologischen Störungen? Erste Ergebnisse. DRV-Schriften 2000;316-318.  
Ref ID: 14
- (121) Küch D, Roßband H, Morfeld M. Evaluation des psychologischen Gruppenprogramms BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) in der orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisse der Katamnese nach 12 Monaten. DRV-Schriften 2011;197-198.  
Ref ID: 439
- (122) Küch D, Roßband H, Morfeld M. Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse. DRV-Schriften 2009;190-191.  
Ref ID: 328
- (123) Kuffner R, Theissing J, Faller H. Nachsorgewünsche von Brustkrebspatientinnen und die Umsetzungsvoraussetzungen der internetbasierten Nachsorgemethode "liveonline". DRV-Schriften 2012;58-60.  
Ref ID: 479
- (124) Küpper-Nybelen J, Rothenbacher D, Hahmann H. Veränderungen von Risikofaktoren während und ein Jahr nach stationärer Rehabilitation bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Erste Ergebnisse der KAROLA-Studie. DRV-Schriften 2003;402-405.  
Ref ID: 85
- (125) Lamprecht F, Kobelt A, Künsbeck H. Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 1999;(49):387-391.  
Ref ID: 188
- (126) Lamprecht J, Schubert M, Behrens J. Rahmenbedingungen einer IRENA-Teilnahme aus Rehabilitandensicht und Therapiegeschehen im IRENA-Nachsorgeprogramm bei orthopädischen Erkrankungen. DRV-Schriften 2011;36-38.  
Ref ID: 417
- (127) Lamprecht J, Schubert M, Behrens J, Steinack R, Mau W. Umsetzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Erwerbsverlauf bei orthopädischen

- Erkrankungen nach Abschluss des intensivierten Rehabilitationsnachsorgeprogrammes (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund. DRV-Schriften 2012;56-58.  
Ref ID: 478
- (128) Liefing V, Zinck S, Mann Cheal. "Sommerfelder Reha-Check" Reha-Management Unfallverletzter - Rolle der Prozessqualität in der BGSW. DRV-Schriften 2006;60-62.  
Ref ID: 196
- (129) Linden M, Ubben C. Der Vergleich der Nutzung und der inhaltlichen Gestaltung eines selbstständigen und eines Therapeuten-moderierten Internetforums in der Nachbetreuung nach einer psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2011;54-55.  
Ref ID: 429
- (130) Mangels M, Schwarz S, Holme Meal. Evaluation eines telefonischen Nachsorgeprogramms im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie in der orthopädischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2007;214-215.  
Ref ID: 235
- (131) Mangels M, Schwarz S, Holme Meal. Verbesserung der Nachhaltigkeit in der stationären orthopädischen Rehabilitation durch verhaltensmedizinische Therapiebausteine oder ein telefonisches Nachsorgeprogramm - Eine randomisierte, kontrollierte Studie. DRV-Schriften 2008;330-332.  
Ref ID: 282
- (132) Mathiszig S, Bürger W, Dietsche Seal. Nachsorgeangebote nach medizinischen Reha-Maßnahmen - Konzepte und Erfahrungen. DRV-Schriften 2000;465-466.  
Ref ID: 25
- (133) Mattukat K, Beck L, Lamprecht Jeal. Nachsorgeangebote der regionalen und bundesweiten Rentenversicherungsträger nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen entzündlich-rheumatischer und anderer Erkrankungen des Bewegungssystems. DRV-Schriften 2010;375-377.  
Ref ID: 382
- (134) Mayer-Berger W, Kohlmayer M, Redaelli Meal. Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließende konzeptintegrierte Nachsorge (SeKoNa). Abstract Herzmedizin 25 2008;(2):96.  
Ref ID: 341
- (135) Meng K, Seekatz B, Worringen Ueal. Wirksamkeit einer theoriegeleiteten Förderung von körperlicher Arbeit in einem Rückenschulungsprogramm. DRV-Schriften 2010;381-383.  
Ref ID: 384
- (136) Menzel-Bergemann A, Hemmersbach A. BoReM-N - Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie. DRV-Schriften 2011;365-367.  
Ref ID: 448
- (137) Miche E, Roelleke E, Zoller B.et al. Telefonisches Nachsorgeprogramm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz - Ergebnisse einer einjährigen Betreuung. DRV-Schriften 2008;406.  
Ref ID: 290
- (138) Michel A, Stamm-Balderjahn S. Welche Ziele setzen sich kardiologische RehabilitandInnen am Ende der Rehabilitation und lassen sich diese auch umsetzen?

- Erste Ergebnisse der CARO-PRE-II-Studie. DRV-Schriften 2012;402-403.  
Ref ID: 498
- (139) Mittag O, China C. Ansätze zur telefonischen Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation und die besondere Berufsgruppe "Pflege" im Disease Management. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003;(61):6-11.  
Ref ID: 168
- (140) Mittag O, China C. Telefonische Nachsorge in der (kardiologischen) Rehabilitation: Ein Ansatz zum Disease Management durch Pflegepersonal. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003;(16):61.  
Ref ID: 297
- (141) Mohnberg I, Radoschewski FM. Teletherapeutische Versorgung in der Bewertung durch Schlaganfallpatienten mit Aufmerksamkeitsstörungen. DRV-Schriften 2009;89-90.  
Ref ID: 321
- (142) Mussgay L, Rütten-Köppel E. Gründe für Nichtantritt oder frühzeitige Beendigung einer Nachsorgeleistung im Bereich psychischer Störungen. DRV-Schriften 2010;491-492.  
Ref ID: 404
- (143) Nebe K. Unmittelbarer Anschluss einer Stufenweisen Wiedereingliederung an eine stationäre Rehabilitation und praktische Umsetzungserfordernisse - Aktuelle sozialrechtliche Rechtsprechung. DRV-Schriften 2010;336-338.  
Ref ID: 372
- (144) Niemeyer C, Schaidhammer M, Greitemann B. Ambulante Folgeleistungen: Manche sollen sie haben, viele wollen sie haben - und wer bekommt sie tatsächlich? DRV-Schriften 2009;34-36.  
Ref ID: 311
- (145) Niemeyer C, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B. Sorge um die Nachsorge - Zur Wirksamkeit der ambulanten Folgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. DRV-Schriften 2012;37-39.  
Ref ID: 469
- (146) Nolte A, Hämer D, Bartelt Seal. Kompetenznetzwerk zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation. DRV-Schriften 2010;277-278.  
Ref ID: 369
- (147) Nord-Rüdiger D, Schaffner O. Langzeiterfolge durch Langzeitbehandlung - Strukturelle Aspekte der Adipositasbehandlung in der stationären Rehabilitation. DRV-Schriften 2002;504-505.  
Ref ID: 55
- (148) Nordmann A, Reiber M. Medizinisch-berufliche Reha Südbaden - Berufsfördernde Unterstützung und Nachsorge in der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2011;52-53.  
Ref ID: 428
- (149) Der Einsatz von SMS zur Nachsorge bei Bulimia nervosa-Patientinnen. Vortrag im Rahmen des 5. Kongresses der DÄVT; 03 Oct 23; 2003.  
Ref ID: 238



- (150) Pfaudler S, Benninghoven D, Hoberg E. Internetbasierte Nachsorge bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten: Evaluation von technischer Verfügbarkeit. DRV-Schriften 2011;319-320.  
Ref ID: 443
- (151) Pfaudler S, Benninghoven D, Hoberg E. Nachsorge bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten zur Verbesserung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ein internetbasiertes Forum. DRV-Schriften 2012;48-50.  
Ref ID: 474
- (152) Poppelreuter M, Weis J, Mumm A. Evaluation neuropsychologischer Trainingsprogramme in der onkologischen Rehabilitation: Ergebnisse des Forschungsprojekts ENTOR. DRV-Schriften 2005;373-374.  
Ref ID: 184
- (153) Pönicke J, Ehlebracht-König I, Bönisch A. Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. DRV-Schriften 2008;43-44.  
Ref ID: 316
- (154) Projektgruppe Nachsorge (PGNS) der Deutschen Rentenversicherung Bund. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. 2008.  
Ref ID: 444
- (155) Radoschewski FM, Tesmer I, Müller-Fahrnow W. Nachsorge bei Schlaganfallpatienten mit "EvoCare" - Evaluation der Effektivität eines teletherapeutischen Verfahrens -. DRV-Schriften 2008;539-540.  
Ref ID: 303
- (156) Radoschewski FM, Mohnberg I. Supervidierte telemedizinische Nachsorge von Schlaganfallpatienten mit Störungen von Sprache und Aufmerksamkeit mit dem EvoCare-System - Ergebnisse einer Evaluationsstudie. DRV-Schriften 2010;392-394.  
Ref ID: 386
- (157) Ramos G, Koch J. Erweiterung der Reha-Nachsorge - Ein Angebot für Patienten zur wohnortnahen Aufnahme begleitender Freizeitaktivitäten. DRV-Schriften 2007;218-220.  
Ref ID: 239
- (158) Redaelli M, Simic D, Kohlmeyer M. Effektivität und Effizienz in der kardiovaskulären Rehabilitation - Ergebnisse nach 3 Jahren SeKoNa. DRV-Schriften 2010;411-413.  
Ref ID: 390
- (159) Reiser A, Rüddel H, Jürgensen R. Zur Effektivität eines web-basierten Nachsorgeprogramms für Patienten mit psychosomatischen Störungen. DRV-Schriften 2012;60-61.  
Ref ID: 480
- (160) Richter C, Romppel M, Grande G. Sekundärprävention via Internet - Videobasierte Internetplattform zur Unterstützung einer nachhaltigen Lebensstilmodifikation im Alltag. DRV-Schriften 2012;269-270.  
Ref ID: 487
- (161) Rohm E, Brüggemann S, Pfeifer K. IRENA - Anspruch und Wirklichkeit - Eine qualitative Studie über die Umsetzung der Intensivierten Reha-Nachsorge IRENA bei

- orthopädischen Indikationen. DRV-Schriften 2010;373-375.  
Ref ID: 379
- (162) Rudolph I, Heinz B, Pfeifer K. Evaluation eines bewegungs- und verhaltensbezogenen Nachsorgekonzepts zur Reduzierung der Krankheitsfolgen und zur Förderung der Lebensqualität nach Mamma-Ca. DRV-Schriften 2010;450-451.  
Ref ID: 400
- (163) Rudolph I, Heinz B, Pfeifer K. Körperliche Aktivität nach Mamma-Ca (KAMA-Studie) - Erste Ergebnisse einer Interventionsstudie in der Nachsorge. DRV-Schriften 2012;321-323.  
Ref ID: 491
- (164) Rüdell H, Jürgensen R, Schützeichel I. Effekte einer stufenweisen Wiedereingliederung auf den Verlauf einer psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2003;298-300.  
Ref ID: 70
- (165) Schaepe C, Behrens J, Schubert M. "...also im Prinzip [...], bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen..." - Das Erleben von Autonomie und Partizipation in der poststationären Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. DRV-Schriften 2009;69-71.  
Ref ID: 319
- (166) Schaller A, Froböse I, Kausch T. Konzeption und Evaluation einer aktivitätsorientierten poststationären Nachsorge für Patienten mit Totalendoprothese auf Grundlage des Salutogenesemodells. DRV-Schriften 2008;212-213.  
Ref ID: 275
- (167) Schlicht W, Kanning M. Körperlich-sportliche Bewegung in der kardiologischen Rehabilitation: Motivierungs- und Bindungsmöglichkeiten einer telefonischen Nachsorge. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003;(61):53-58.  
Ref ID: 137
- (168) Schmidt J, Gebauer D, Penka G. Wirkungen der individualisierten, telefonischen Reha-Nachsorge in der stationären orthopädischen Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. DRV-Schriften 2010;169-171.  
Ref ID: 360
- (169) Schramm S, Deck R, Hüppe A. Rehabilitationsnachsorge (NaSo) - Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Konzeption und Durchführung des Modellprojekts. DRV-Schriften 2009;37-38.  
Ref ID: 312
- (170) Schubert M, Lamprecht J, Mau W, Steinack R, Behrens J. Die Erbringung von IRENA-Leistungen und Auswirkungen der Flexibilisierung des IRENA-Konzeptes. DRV-Schriften 2012;35-37.  
Ref ID: 468
- (171) Schubert M, Lamprecht J, Behrens J. Empfehlungsverhalten und Beurteilung des IRENA-Programms durch Rehabilitationskliniken. DRV-Schriften 2011;34-35.  
Ref ID: 415
- (172) Schulte R, Jolivet B, Niemeyer B. Essverhalten und Lebensqualität adipöser Patienten: 1-Jahres-Katamnese eines Gewichtsreduktionsprogramms in der stationären

- Rehabilitation. DRV-Schriften 2002;160-162.  
Ref ID: 42
- (173) Schupp W, Schmidt R, Niese L. Rehabilitative ambulante Nachsorge und Pflege nach neurologisch-weiterführender Rehabilitation Phase C - Analyse der Versorgungssituation aus poststationären Pflegerückmeldeberichten. DRV-Schriften 2004;177-179.  
Ref ID: 120
- (174) Schüle K. Rehabilitations-Sportgruppen in der Krebsnachsorge in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse einer Befragung von 813 Betroffenen und 105 Übungsleiter/innen. DRV-Schriften 2000;353-355.  
Ref ID: 21
- (175) Seewald B, Rupp E, Schupp W. Computergestütztes Training - Möglichkeiten zur effizienten Erweiterung der Therapiefrequenz. DRV-Schriften 2004;439-440.  
Ref ID: 143
- (176) Seewald B, Bücher J, Wolschke M, Liebach J, John M. Exergames - Eignen sich handelsübliche Varianten wirklich zur Therapieunterstützung in der Rehabilitation? DRV-Schriften 2012;335-336.  
Ref ID: 492
- (177) Spranger M, Sutter M. Berufliche Reintegration nach medizinisch-beruflicher Rehabilitation. DRV-Schriften 2007;234-236.  
Ref ID: 244
- (178) Stapel M, Kulick B, Faath Veal. Medizinische Nachsorge als integraler Bestandteil medizinischer Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. DRV-Schriften 2011;31-32.  
Ref ID: 413
- (179) Stapel M, Kulick B. Zurück an den Arbeitsplatz: Effekte Stufenweiser Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. DRV-Schriften 2006;65-67.  
Ref ID: 198
- (180) Steib S, Schupp W, Pfeifer K. Nachsorge im Anschluss an die Akutrehabilitation von Schlaganfallpatienten. DRV-Schriften 2010;172-174.  
Ref ID: 362
- (181) Ströbl V, Knisel W, Landgraf Ueal. Effektivität einer telefonischen Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas 6 Monate nach der Rehabilitation. DRV-Schriften 2011;46-48.  
Ref ID: 425
- (182) Ströbl V, Knisel W, Faller H. Kurzfristige Effekte einer Planungsintervention auf volitionale Variablen bei Rehabilitanden mit Adipositas. DRV-Schriften 2010;255-256.  
Ref ID: 367
- (183) Tallner A, Mäurer M, Pfeifer K. Internetbetreutes Kräftigungs- und Ausdauertraining verbessert Kraft und Lungenfunktion bei Multiple Sklerose-Patienten. DRV-Schriften 2011;329-331.  
Ref ID: 445
- (184) Tarnowski T, Ebert D, Dippel Aeal. W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer

- Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse der Patientenbefragung. DRV-Schriften 2009;39-41.  
Ref ID: 313
- (185) Theissing J, Deck R, Raspe H. Effekte einer Liveonline-Nachsorge bei Rehabilitanden mit abdomineller Adipositas. DRV-Schriften 2012;50-51.  
Ref ID: 475
- (186) Theissing J. Liveonline Nichtrauchertraining: Effekte eines neuen webbasierten Gruppenprogramms. DRV-Schriften 2008;546-547.  
Ref ID: 306
- (187) Theissing J, Deck R. Reha-Nachsorge per Internet: Akzeptanz und Kompetenzen bei Patienten mit abdomineller Adipositas in der kardio-diabetologischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2009;44-46.  
Ref ID: 317
- (188) Tripp J, Schulte T, Schröck Real. Telefonische Nachsorge in der onkologischen Rehabilitation - Akzeptanz und Wirksamkeit. DRV-Schriften 2010;436-437.  
Ref ID: 396
- (189) Tripp J, Hass HG, Schröck Real. Verbessern optimierte Patientenschulung und telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation? Eine prospektive Längsschnittstudie mit Brustkrebspatientinnen. DRV-Schriften 2011;424-425.  
Ref ID: 457
- (190) Weis J, Brocai D, Seuthe-Witz Seal. Evaluation einer psychoonkologischen Gruppenintervention (EpoG) in der ambulanten Rehabilitation - eine randomisierte Multicenter-Studie. DRV-Schriften 2004;481-482.  
Ref ID: 147
- (191) Wendel C. Ambulante neuropsychologische Therapie. Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Schnittstellen 2007.  
Ref ID: 288
- (192) Wolf M, Zimmer B, Dogs P. Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. E-Mental-Health Neue Medien in der psychosozialen Versorgung 2008.  
Ref ID: 407
- (193) Zimmermann M, Behrens J, Höhne A. "Aber in der Regel muss ich mir das Alles selber suchen und organisieren" - Rehabilitationserleben und Nachsorge nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. DRV-Schriften 2006;380-381.  
Ref ID: 218

## **Anhang H: Testblatt Usability**

# www.nachderReha.de: Bewertung der Usability

Am ISE (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie) der Universität zu Lübeck bemühen wir uns derzeit um den Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge. Sie haben unseren Internetauftritt [www.nachderReha.de](http://www.nachderReha.de) gerade kennengelernt! Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen zur Handhabbarkeit und Praktikabilität unserer Homepage und bitten Sie, diese vollständig zu beantworten: Markieren Sie das zutreffende Feld der jeweiligen Skala (0=sehr schlecht bis 5=sehr gut) dazu an entsprechender Stelle mit einem Kreuz! Sie tragen hiermit entscheidend zur Optimierung und Qualitätsverbesserung unseres Vorhabens bei; dafür herzlichsten Dank!

1. Bewerten Sie bitte die *Optik der Homepage* insgesamt:

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

2. Bewerten Sie bitte die *Menüführung der Homepage* insgesamt:

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

3. Bewerten Sie bitte die Suche nach einem Angebot mit dem *Nachsorge-Finder*:

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

4. Bewerten Sie bitte das *Ergebnis ihrer Suche* (Beschreibung des Angebots):

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

5. Bewerten Sie bitte die *Verständlichkeit der Informationen* insgesamt:

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

6. Bewerten Sie bitte die Benutzerfreundlichkeit der Homepage insgesamt:

0 (sehr schlecht)	1	2	3	4	5 (sehr gut)
-------------------	---	---	---	---	--------------

Lob/ Kritik:



---

---

---

---

---

---

---

---

