Aus dem Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie

(Leitung: Prof. Dr. phil. Heiner Vogel)

in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

der Universität Würzburg

(Direktor: Prof. Dr. med. Jürgen Deckert)

Evaluation der sozialdienstlichen Beratung in einer Rehabilitationsklinik

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Sabine Theresia Sauer

aus Randersacker

Würzburg, Oktober 2019

Referent:	Prof. Dr. phil. Heiner Vogel
Korreferent:	Prof. Dr. med. Stefan Störk
Dekan:	Prof. Dr. med. Matthias Frosch
Гаg der mündlichen I	Prüfung: 05. November 2020

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

 ${\bf Abbildungs-und\ Tabellenverzeichnis}$

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleit	ung	1
2	Grundl	agen	3
	2.1	Rehabilitation – zentraler Baustein im Gesundheitssystem	3
	2.1.1	Auftrag und Konzept	3
	2.1.2	Daten und Diagnosegruppen zu Rehabilitationsleistungen	4
	2.1.3	Gesetzliche Grundlagen	6
	2.2	Reha-Nachsorge	8
	2.2.1	Aktualität eines klassischen Konzeptes	8
	2.2.2	Rehabilitationssport und andere Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung	12
	2.3	Weitere Sozialleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten, insbesondere bei älteren Rehabilitanden	12
	2.3.1	Grad der Behinderung	12
	2.3.2	Pflege und Pflegeeinstufung	14
	2.3.3	Spezielle Beratungsthemen des Sozialdienstes	17
	2.4	Sozialdienst in der Rehabilitation	19
	2.5	Kontextfaktoren in der Rehabilitation	20
3	Fragest	tellung und Hypothesen	2 3

4	Method	le	25
	4.1	Design und Methodik	25
	4.2	Ein- und Ausschlusskriterien	25
	4.3	Studieninformation	25
	4.4	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente	26
	4.4.1	t1: Erhebung des Barthel-Index	26
	4.4.2	t2: Erhebung der Daten durch den Sozialdienst	27
	4.4.3	t3: Durchführung des Telefoninterviews	29
	4.5	Ablauf der Datenhaltung	30
	4.6	Statistische Analyse	30
5	Ergebni	sse	32
	5.1	Stichprobenbeschreibung	32
	5.1.1	Rekrutierung, Soziodemografie und Barthel-Index	32
	5.1.2	Häusliche Versorgung und Selbstständigkeit der Probanden	34
	5.2	Empfehlungen des Sozialdienstes und ihre Umsetzung	36
	5.2.1	Umzug in andere Wohnung/ Einrichtung	36
	5.2.2	Umstellung der Lebensgewohnheiten	37
	5.2.3	Unterstützung im Alltag	39
	5.2.4	Finanzielle Entlastung	41
	5.3	Vom Sozialdienst vorbereitete Anträge	42
	5.3.1	Überleitungsantrag auf Pflegestufe	42
	5.3.2	Antrag auf Pflegegeld	43
	5.3.3	Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung	44
	5.4	Zusammenfassung der Empfehlungen und ihrer Umsetzung	47
	5.5	Weitere Veränderungen nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik	49
	5.6	Untersuchung von Einflussfaktoren	50
	5.6.1	Geschlecht	50
	5.6.2	Lebensalter	51
	5.6.3	Barthel-Index bei Entlassung	51
	5.6.4	Lebensverhältnisse	

6	Diskus	sion	53
	6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	53
	6.1.1	Empfehlungen des Sozialdienstes	55
	6.1.2	Umsetzung der Empfehlungen des Sozialdienstes: Auswertung des Telefoninterviews	56
	6.1.3	Einflussvariablen	63
	6.2	Kritik von Studiendesign und Methodik	67
	6.3	Schlussfolgerung für die Praxis	69
	6.4	Schlussfolgerung für die weitere Forschung	71
7 8		urverzeichnis	
9	Anhän	ge	85
	9.1	Fragebogen 1 (= Barthel-Index)	85
	9.2	Fragebogen 2 (Fragebogen des Sozialdienstes)	85
	9.3	Fragebogen 3 (Leitfaden für Telefoninterview)	89
	9.4	Patienteninformation	96
	9.5	Einwilligungserklärung	98

Danksagung

Lebenslauf

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Appliaung 1:	Anzani der Patienten in drei Altersintervallen33
Abbildung 2:	Teilnahme am empfohlenen Sportprogramm38
Abbildung 3:	Empfehlungen zur Alltagsunterstützung (t2)40
Tabelle 1:	Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation 20135
Tabelle 2:	Verteilung nach Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen
	/Empfehlungen nach med. Reha-Leistungen im Jahre 20039
Tabelle 3:	Teilnehmerzahl und -quote32
Tabelle 4:	Barthel-Index (BI), Reha-Beginn und Reha-Ende und Veränderungen 33
Tabelle 5:	Häusliche Versorgung34
Tabelle 6:	Wohnsituation35
Tabelle 7:	Eigenes Haus barrierefrei?36
Tabelle 8:	Umstellung der Lebensgewohnheiten
Tabelle 9:	Unterstützung im Alltag40
Tabelle 10:	Finanzielle Unterstützung42
Tabelle 11:	Überleitungsantrag auf Pflegestufe43
Tabelle 12:	Antrag auf Pflegegeld44
Tabelle 13:	Antrag auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung t245
Tabelle 14:	Antrag auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung t345
Tabelle 15:	Genehmigungen der Anträge auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung (laut Eigenangabe zu t3)47
Tabelle 16:	Erinnerungsrate an Empfehlungen des Sozialdienstes48

Abkürzungsverzeichnis

ASB Arbeiter-Samariter-Bund

BfA Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (seit 2005 in die Deutsche

Rentenversicherung Bund aufgegangen)

DRG Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)

DRV Deutsche Rentenversicherung

DVSG Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

GdB Grad der Behinderung

ICC Intra-Class-Korrelation

ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und

Gesundheit

IRENA Intensivierte Rehabilitationsnachsorge

MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

SD Standardabweichung

SGB Sozialgesetzbuch

SPSS Statistical Package for Social Sciences

VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (seit 2005 in die Deutsche

Rentenversicherung Bund aufgegangen)

WHO Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

In unserem heutigen Gesundheitssystem ist die Rehabilitation eine wichtige Maßnahme, um Menschen nach einer Krankheit oder einem Unfall zu helfen wieder am Arbeitsleben und im Lebensalltag teilzuhaben und die Lebensqualität zu sichern. Außerdem ist ein weiteres Ziel, die Rehabilitanden darin zu unterstützen zu lernen, wie sie mit ihrer Erkrankung oder Behinderung am besten umgehen können, um weitestgehend selbstständig leben zu können. An diesem Prozess wirken Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit, die jeweils durch ihre fachspezifische Ausbildung den Patienten unterstützen sollen, eine soziale Wiedereingliederung sowie, falls der Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter ist, auch eine berufliche Wiedereingliederung zu erreichen.

Der demographische Wandel zeigt, dass die Bevölkerung immer älter wird, die Patienten leiden häufiger an chronischen Krankheiten und können von schwerwiegenden Erkrankungen oder Unfällen/Verletzungen genesen. Vor diesem Hintergrund gewinnt die medizinische Rehabilitation immer größere Bedeutung. Allerdings zeigen verschiedene Studien, dass die Rehabilitation zwar positive kurzzeitige Erfolge erbringt, es jedoch an Nachhaltigkeit mangelt. Häufig können Rehabilitanden nicht den Übergang von der Rehabilitationsklinik in den Alltag meistern. Oft werden begonnene Verhaltens- und Lebensstiländerungen im Alltag nicht weiter umgesetzt, Reha-Motivation und Reha-Ziele treten dann nach kurzer Zeit in den Hintergrund. Aus diesem Grund sind die Nachsorgeplanung und deren Umsetzung ein wichtiger Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund entstand die Fragestellung dieser empirischen Studie. Anhand einer Stichprobe von Rehabilitanden in der Deegenbergklinik in Bad Kissingen soll untersucht werden, inwieweit eine sozialdienstliche Beratung dem Patienten hilft, seine Teilhabe am alltäglichen Leben nach der Rehabilitation zu verbessern. Einerseits soll erhoben werden, ob in der Reha-Klinik mit dem Patienten besprochene bzw. vorbereitete Anträge, z.B. auf Überleitung in eine Pflegestufe, gestellt wurden und ob sie von den jeweiligen Behörden genehmigt wurden. Andererseits soll erhoben werden, ob

der Patient sich im Anschluss an die Rehabilitation an die weiteren Empfehlungen des Sozialdienstes aus einer vorgegebenen Liste (z.B. Veränderung der Lebenssituation) erinnern kann und wie weit er diese Empfehlungen umsetzen konnte. Dabei soll untersucht werden, ob das Ausmaß der Umsetzung der Beratungen und Empfehlungen mit anderen Variablen (z.B. Grad der Selbstständigkeit, gemessen mit dem Barthel-Index) zusammenhängen, d.h. ob es Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren gibt.

Die vorliegende Arbeit umfasst 7 Kapitel. Nach der Einleitung werden in Kapitel 2 der theoretische Hintergrund und der Kontext der Untersuchung dargestellt (Grundsätze und Ziele der Rehabilitation sowie die Bedeutung der Nachsorge im Gesundheitssystem). Speziell werden hier auch die Aufgaben des Sozialdienstes in der Rehabilitation aufgezeigt.

Nachfolgend werden im Kapitel 3 die Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit vorgestellt, bevor in Kapitel 4 die Methodik und die statistischen Auswertungsverfahren beschrieben werden.

Die einzelnen Ergebnisse werden sodann in Kapitel 5 dargestellt.

Die Diskussion der Ergebnisse und die inhaltliche Zusammenfassung finden sich in den Kapiteln 6 und 7.

2 Grundlagen

2.1 Rehabilitation – zentraler Baustein im Gesundheitssystem

2.1.1 Auftrag und Konzept

Der Anteil der älteren Bevölkerung wächst in Deutschland kontinuierlich, im Jahr 2050 werden 29 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein (Statistisches Bundesamt 2013 b). Dies ist zum einen durch die immer bessere medizinische Versorgung bzw. auch durch den Fortschritt in der Medizin und zum anderen durch die oftmals aktive bzw. gesundheitsförderliche Lebensweise der Menschen erklärbar. Jedoch nimmt im höheren Alter die Krankheits- und Beschwerdelast zu, insbesondere auch chronische Krankheiten, wie orthopädische, Herz-Kreislauf- und psychosomatische Erkrankungen. Diese haben zunehmende Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Integration zur Folge. Aus diesem Grund zeigt sich, dass die medizinische Rehabilitation eine sinnvolle Instanz ist, um den Erhalt bzw. die Besserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, und bei erwerbsfähigen Rehabilitanden auch der beruflichen Leistungsfähigkeit, zu gewährleisten. "Anerkannt ist die in Deutschland im internationalen Vergleich relativ hohe Versorgungsqualität und der Spezialisierungsgrad in der medizinischen Rehabilitation" (Clade 2005). Durch den multidisziplinären Ansatz können einzelne Probleme aufgegriffen und in einem individuell kombinierten Therapieplan optimale Erfolge erzielt werden. Diesem Anspruch wird die medizinische Rehabilitation gerecht, allerdings oft nur für einen begrenzten Zeitraum (Deck, Hüppe & Arlt 2009). Um eine Stabilisierung der Rehabilitationsergebnisse zu erreichen, sind oft anschließende Leistungen notwendig, die wohnortnah eine Weiterführung der bereits stationär oder ambulant begonnenen Therapie bedeuten (Deutsche Rentenversicherung 2009). "Möglichkeiten zur Sicherstellung eines dauerhaften Erfolges bieten aus dem stationären Aufenthalt hervorgehende nachsorgende Maßnahmen oder Leistungen" (Köpke 2005, S. 344). Die Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung und kann bei einem weiten Spektrum von Erkrankungen, das von motorischen und sensorischen Behinderungen bis zu kardiovaskulären, pulmonalen, gastrointestinalen, onkologischen

u.a. Problemen reicht, zur Behandlung hinzugezogen werden (WHO 1981). Die medizinische Rehabilitation hat zur Aufgabe, Behinderungen in der Folge von chronischen Krankheiten abzuwenden oder zu reduzieren, Pflegebedürftigkeit sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden und damit auch den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu mindern (Heine 2009).

Um diese Aufgaben zu bewältigen, ist es erforderlich, dass die Rehabilitationsleistungen optimal gestaltet und organisiert werden. Fachleute beschreiben dies mit den Worten "der richtige Mensch zur richtigen Zeit am richtigen Ort" (Köpke 2004, S. 7). Rehabilitation ist eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung (bei Menschen im Erwerbsleben) und der Gesetzlichen Krankenkassen (bei älteren Menschen bzw. jenen, die nicht im Erwerbsleben stehen). Sie ist für die Versicherten ein wichtiges Versorgungsangebot, um zu erlernen mit ihrer neuen Lebenssituation umzugehen und trotz ihrer körperlichen/ psychischen Einschränkung weiterhin einen aktiven Lebensstil führen zu können.

2.1.2 Daten und Diagnosegruppen zu Rehabilitationsleistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen hatten im Jahr 2014 Ausgaben für medizinische Rehabilitation von etwa 3 Mrd. Euro, von denen mit 1,7 Mrd. Euro der Großteil auf den Kostenpunkt "Stationäre Anschlussrehabilitation" entfiel (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2015).

Detaillierte Aufschlüsselungen über genaue Kostenpunkte der Reha bzw. über Krankheitsbilder mit hohem Rehabilitationsbedarf bietet die deutsche Rentenversicherung.

Im Jahr 2013 beliefen sich die Aufwendungen der Rentenversicherung für Rehabilitation auf 5,84 Mrd. Euro (brutto). Davon wurden rund 4,3 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitation, rund 1,2 Mrd. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und etwa 0,3 Mrd. Euro für Sozialversicherungsbeiträge aufgewendet (DRV Bund 2014).

Die medizinischen Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung, im ambulanten und stationären Sektor, haben sich in den jeweiligen Diagnosegruppen in den letz-

ten Jahren unterschiedlich entwickelt. Wie in der folgenden Tabelle 1 zu sehen, haben im Jahre 2013 Rehabilitationsleistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen mit 36 % den größten Anteil. Im Jahr 2000 betrug der Anteil noch 43 %. Somit ist ihr Anteil rückläufig, genauso wie die Anteile von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Dagegen stieg der Anteil von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen sowie bei Krebserkrankungen von 2000 bis 2013 (DRV Bund 2014).

Tabelle 1: Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation 2013

Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation	Anteil Reha–Leistungen 2000 in Prozent	Anteil Reha–Leistungen 2013 in Prozent
ambulant und stationär ¹		
Skelett/ Muskeln/ Bindegewebe	43 %	36 %
Herz/ Kreislauf***	9 %	7 %
Stoffwechsel/ Verdauung	4 %	3 %
Krebserkrankungen***	14 %	16 %
Psychische Erkrankungen*	11 %	16 %
Sucht**	6 %	6 %
Neurologie	4 %	5 %
Sonstige Diagnosen	9 %	12 %

ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung "Rehabilitation" 2000 und 2013

^{*} ohne Sucht

^{**} hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

^{***} ohne neurologische Krankheitsbilder

Im Durchschnitt dauert eine stationäre Rehabilitation der DRV 29,5 Tage. Nimmt man die Diagnosegruppen, die i.d.R. einer deutlich längeren Therapie bedürfen, wie z.B. psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und neurologische Erkrankungen, aus der Berechnung heraus, befinden sich die Rehabilitanden zwischen 23 und 24 Tagen in der stationären Rehabilitation.

Das durchschnittliche Alter in der medizinischen Rehabilitation der DRV ist bei den Frauen 52,1 Jahre und bei den Männern 51,8 Jahre (DRV Bund 2014).

Mit steigendem Alter ist eine Zunahme von Krankheiten und Beschwerden in nahezu allen Bereichen zu verzeichnen, dennoch wird die Möglichkeit, eine rehabilitative Leistung anzunehmen, im Alter oft nicht genutzt (Tesch-Römer, Engstler & Wurm 2006). Gemäß eines Alterssurveys von 2002 liegt die Rate der Frauen im Alter zwischen 40 bis 54 Jahren bei 3,1 % bzw. bei 4,1 % unter den Männern gleichen Alters, die bereits einmal oder mehrmals eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben. Tendenziell steigt diese mit zunehmendem Alter. So zeigt sich unter den 55- bis 69-jährigen, dass 6,8 % der Frauen bzw. 6,3 % der Männer, und unter den 70- bis 85-jährigen 6,7 % der Frauen bzw. 7,8 % der Männer mindestens einmal eine Rehabilitationsmaßnahme beanspruchten (Tesch-Römer, Engstler & Wurm 2006).

2.1.3 Gesetzliche Grundlagen

Die Rehabilitation behinderter Menschen, deren Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wurde bereits am Ende des 19. Jahrhunderts als Aufgabe der Sozialversicherung formuliert und ist jetzt im Sozialgesetzbuch (SGB) in § 10 des ersten Buches des SGB verankert, welches den Auftrag des Sozialgesetzbuches beschreibt. Für die verschiedenen Sozialleistungsträger ist die Umsetzung dieses Auftrags in den jeweiligen Leistungsgesetzen spezifiziert (also im SGB II und III für die Bundesagentur für Arbeit, im SGB V für die Gesetzliche Krankenversicherung, im SGB VI für die Gesetzliche Unfallversicherung, im SGB VIII für die Jugendhilfeträger und im SGB XII die Sozialhilfeträger). Im Neunten Buch (SGB IX) werden schließlich die notwendigen Vereinheitlichun-

gen und Abstimmungen vorgenommen und es finden sich Regelungen, die das Zusammenwirken der Träger und die Integration der Maßnahmen fördern sollen (Blumenthal & Jochheim 2009).

Im SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - findet sich die Aufgabenstellung der Rehabilitation im § 1 - Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft -: "Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken [...]".

Gemäß § 26 SGB IX erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Das Ziel ist Behinderungen abzuwenden bzw. zu mindern oder in ihrem Verlauf günstig zu beeinflussen. Dabei geht es nicht nur um manifeste Behinderungen sondern auch um drohende Behinderungen, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen. Indem Rehabilitation dann beispielsweise Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit vorbeugt, dient sie nicht nur einer Verbesserung der Lebensqualität, der beruflichen und sozialen Integration und Teilhabe, sondern sie trägt auch dazu bei den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden.

Es gibt unterschiedliche verantwortliche Rehabilitationsträger, die gemäß § 6 Abs. 1 SGB IX je nach Fallkonstellation zuständig sind. Während des Arbeitslebens übernimmt i.d.R. die gesetzliche Rentenversicherung die Kosten für eine Rehabilitation, damit der Versicherte danach wieder seine berufliche Tätigkeit ausführen kann. Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist der Träger die gesetzliche Krankenversicherung. Es gibt noch weitere Träger, wie z.B. die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, öffentliche Jugendhilfe oder Sozialhilfe.

Für die gesetzliche Krankenversicherung regelt der § 40 SGB V die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen werden durch den gemeinsamen Bundes-

ausschuss (G-BA) dahingehend beschrieben, dass sie "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein müssen. Sie "dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten" gemäß den allgemeinen Vorgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (§ 12 SGB V).

Im SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung - steht im § 9 zu den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe folgendes: "Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind."

2.2 Reha-Nachsorge

2.2.1 Aktualität eines klassischen Konzeptes

Reha-Nachsorge ist kein neues Thema im System der medizinischen Rehabilitation, aber ein Thema, das in der Fachwelt in den letzten Jahren neu und umfassender reflektiert, beforscht und evaluiert wird (Bengel 2015).

Allgemeine und auch spezifische Empfehlungen zur Weiterführung von Lebensstiländerungen u.a. nach der Rehabilitation gehören schon seit langem zum Aufgabenspektrum der medizinischen Rehabilitation, und sie werden als Bestandteile der Reha-Entlassungsberichte auch statistisch erfasst.

Um das Spektrum der Nachsorgeempfehlungen zu verdeutlichen, soll exemplarisch die statistische Übersicht von Köpke (2005) wiedergegeben werden (Tabelle 2). Im Jahr

2003 wurden von Rentenversicherungsträgern rund 846 000 medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation erbracht. Die Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen aus den Reha-Kliniken verteilten sich auf ein weites Spektrum (Mehrfachnennungen sind mit eingerechnet).

Tabelle 2: Verteilung nach Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen /Empfehlungen nach med. Reha-Leistungen im Jahre 2003

Art der Nachsorgeempfehlung	n	Prozent
Gewichtsreduktion	151.625	20,2 %
spezielle Nachsorge	110.785	14,7 %
Psychotherapie	96.791	12,9 %
Funktionstraining	74.971	9,9 %
diagnostische Klärung	67.733	9,0 %
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	67.539	8,9 %
Nikotinkarenz	60.218	8,0 %
Heil- und Hilfsmittel	49.728	6,6 %
Alkoholkarenz	48.580	6,5 %
Selbsthilfegruppe	44.586	5,9 %
Rehabilitations sport	43.259	5,8 %
stufenweise Wiedereingliederung	40.968	5,4 %
Vorstellung Suchtberatung	18.793	2,5 %
Operation	10.162	1,4 %
stationäre Behandlung	10.055	1,3 %
ambulante Reha Sucht	9.875	1,3 %
sonstige Anregungen	403.451	53,6 %
keine Vorschläge	78.504	10,4 %
keine Aussage möglich	16.588	2,2 %

(Quelle: Auszug aus Köpke 2005, S. 346)

Köpke hat auch die Teilnahme- und Umsetzungsquoten für Reha-Nachsorge-Empfehlungen, wie sie sich aus unterschiedlichen bis 2004 zugänglichen Studien darstellten,

zusammengetragen (2005). Danach zeigte sich, dass, bezogen auf den Zeitraum Oktober 2002 bis März 2004, nur ca. ein Fünftel der Rehabilitanden an den empfohlenen Nachsorgeaktivitäten teilgenommen hätten. Diese Empfehlungen wurden in unterschiedlichen Einrichtungen ausgesprochen, unter anderem mit Schwerpunkten in der Orthopädie, Kardiologie oder Psychosomatik.

Der Erfolg von Reha-Leistungen ist erst ersichtlich, wenn der Teilnehmer während seines Rehaaufenthaltes erlerntes Wissen auch auf seinen Alltag übertragen kann und dauerhaft einen gesünderen Lebensstil annimmt (Köpke 2004). Vorliegende Studien zeigen aber, so Köpke (2004), dass nach drei bis sechs Monaten kaum noch Effekte der Rehamaßnahmen zu sehen sind und somit die zahlreichen Empfehlungen häufig nicht auf längere Sicht umgesetzt werden.

Der Rehabilitand muss das in der stationären Phase Erlernte im Alltag bzw. in seiner vertrauten Umgebung umsetzen, um einen langfristigen Nutzen für sein weiteres Leben zu haben, aber dies gelingt offenbar vielfach nicht, auf jeden Fall nicht längerfristig. "In vielen Fällen hängt der Erfolg einer Rehabilitation davon ab, dass langjährig eingeschliffenes Verhalten umgestellt, neue Handlungsmuster zur Lösung alltäglicher Probleme etabliert, das Selbstbild an körperliche Schäden und Behinderungen angepasst und Lebensziele umformuliert oder neu gefunden werden müssen. Dies erfordert mentale, psychische und soziale Prozesse, die in den wenigen Wochen der institutionellen Rehabilitation allenfalls angebahnt, nicht aber stabil im Handlungsrepertoire der Betroffenen verankert werden können" (Gerdes et al. 2004, S. 10). Es besteht insofern eine erhebliche Herausforderung für eine Optimierung der Rehabilitationsleistungen, da die Maßnahmen nicht nur zielgenau ausgerichtet sein sollen, sondern auch dauerhafte Wirksamkeit zeigen sollen.

Seit längerem sieht man eine Lösung der fehlenden Nachhaltigkeit in der Ausweitung der systematischen Reha-Nachsorge. Erste Ansätze für Reha-Nachsorgeleistungen finden sich bereits in Form von Reha-Sport und Funktionstraining, welche in den 1980er Jahren in breiter Form durch die Rentenversicherung eingeführt wurden. Diese klassische Reha-Nachsorge wird seit Mitte der 1990er über verschiedene Rahmenvereinbarungen unter den einzelnen Kostenträgern geregelt (Deck et al. 2015).

Aber es mangelt immer noch an deren Umsetzung. Bei den meisten Rehabilitanden und Reha-Klinikern ist immer noch die stationäre, in der Regel dreiwöchige Maßnahme im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (Deck, Hüppe & Arlt 2009).

Um also eine Stabilisierung der während der medizinischen Rehabilitation erreichten Ergebnisse und eine langfristigen Lebensstiländerung zu unterstützen, haben die Kosten- und Leistungsträger inzwischen verschiedene Nachsorgemodelle oder –einheiten entwickelt. Zu nennen sind die telefonische Nachsorge, unterschiedliche Auffrischungskurse und die neueren Angebote der elektronischen Nachbetreuung. Die Erfolge der einzelnen Strategien fallen unterschiedlich aus oder sind - im Fall der letztgenannten - noch nicht bekannt (Deck, Schramm & Hüppe 2012).

Deck, Schramm und Hüppe (2012) gehen nach den oben erwähnten Erhebungen von Köpke (2004, 2005) davon aus, dass es vor allem personenbezogene Hürden sind, die die geringe Umsetzungsrate zur Folge haben. Die Motivation zur Umsetzung von Verhaltensänderungen fällt Rehabilitanden im Alltag oft schwer, zumal Lebensstiländerungen zu Beginn unbequem sind und auch Selbstüberwindung kosten. Außerdem kommen noch unabhängige erschwerende Rahmenbedingungen, Faktoren wie Verpflichtungen im Beruf oder in der Familie, hinzu, die hinderlich auf den Transfer des Gelernten in den Alltag sein können.

Im Folgenden wird noch auf einige spezielle Nachsorgeprogramme eingegangen. Die frühen Ansätze in der Nachsorge wurden in dem vom VDR entwickelten Rehabilitationsnachsorgekonzept vom 11. Oktober 2001 beschrieben. Hier ist bereits festgehalten, dass der Rehabilitand selber die Ausgestaltung seines Nachsorgeangebotes wählt. Zuvor hatte bereits die BfA konzeptionelle Ansätze eines übergreifenden Nachsorgeprogramms entwickelt, welches nach erfolgreicher Erprobung ab 2001 fest installiert wurde. Inzwischen bietet die Deutsche Rentenversicherung verschiedene Nachsorge-Programme und ergänzende Leistungen an, die wohnortnah und berufsbegleitend durchgeführt werden können, gekennzeichnet z. B. durch die Bezeichnungen IRENA oder Curriculum Hannover. Diese Maßnahmen einer intensivierten Reha-Nachsorge (IRENA) bezwecken insbesondere einer weiteren Minderung von Funktionseinschränkungen vorzubeugen, indem die Förderung von Bewältigungsstrategien für nachhaltige

Verhaltensänderungen gefördert und die Umsetzung des während der Rehabilitation Erlernten im Alltag unterstützt wird. Sie finden Anwendung bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, neurologischen Störungen, Krankheiten des Stoffwechsels und psychischen Störungen (Köpke 2005).

2.2.2 Rehabilitationssport und andere Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung

"Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung […] übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt […] der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/ das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt" (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011 a, S. 9). Diese Maßnahme erfüllt den Zweck, dass den Rehabilitanden die Chance gegeben wird sich auf Dauer wieder in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Dies muss zeitnah nach der Entlassung erfolgen (siehe oben).

In vielen Bereichen, wie z.B. bei chronischen Herzkreislauf-Erkrankungen, nach einem Schlaganfall oder bei Krebserkrankungen, wird diese Nachsorgemaßnahme geschätzt, um das Risiko für das Auftreten von Folgeschäden zu vermindern (Einfach Teilhaben 2016).

2.3 Weitere Sozialleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten, insbesondere bei älteren Rehabilitanden

2.3.1 Grad der Behinderung

Laut § 2 Abs. 1 SGB IX wird eine Behinderung wie folgt beschrieben "Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesund-

heit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist".

Das bedeutet, wenn eine Einschränkung bzw. Diagnose länger als sechs Monate besteht und ein entsprechender Antrag beim zuständigen Versorgungsamt (in Bayern: Zentrum Bayern Familie und Soziales) gestellt wird, muss diese als Behinderung eingestuft werden. Die gesetzlich vorgesehene Frist einer 6 Monate bestehenden Einschränkung ist sinnvoll, weil sich Einschränkungen, die beispielsweise nach Neuerkrankungen bzw. -Diagnosen, nach Unfällen oder Operationen regelhaft bestehen, nach einiger Genesungszeit und adäquater Behandlung häufig wieder zurückbilden.

Im Jahr 2015 lag die Zahl der schwerbehinderten Menschen in Deutschland bei 7,6 Millionen Menschen. Eine Person gilt als schwerbehindert, wenn ihr vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt wird und ein entsprechender Ausweis ausgestellt wird (Statistisches Bundesamt 2016).

Die Wahrscheinlichkeit schwerbehindert zu sein steigt mit zunehmendem Alter an. Jeder Vierte über 75 Jahren hat einen Schwerbehindertenausweis, bereits viele Männer ab 55 Jahren haben einen Schwerbehindertenausweis. Ein Grund dafür, dass Männer häufiger einen Schwerbehindertenausweis in dieser Altersgruppe haben als Frauen, wird darin gesehen, dass Männer häufiger erwerbstätig sind und sie häufiger die Vorteile des Schwerbehindertenrechts nutzen. Diese umfassen z.B. einen Kündigungsschutz und erleichterte Zugänge zur Frühberentung. Dies wird als Grund für die bessere Erwerbsquote bei schwerbehinderten Männern über 55 Jahren vermutet (Statistisches Bundesamt 2013 a).

Der Grad der Behinderung (GdB) gibt bei behinderten Menschen die Schwere der Behinderung an. Er wird vom Versorgungsamt beim Antrag auf Feststellung der Behinderung festgelegt, soweit nicht bereits anderweitig durch einen Rentenbescheid oder Gerichtsentscheidung eine Feststellung erfolgte. Der GdB ist ein Maß für die körperli-

che, geistige, seelische und soziale Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung, die durch einen Gesundheitsschaden verursacht wurde. Die Unterteilung erfolgt in 10er-Graden von 20 bis maximal 100. Die sogenannten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" gelten als bundesweite Richtlinie zur Einstufung. Entscheidend ist eine Gesamtsicht der tatsächlichen Beeinträchtigung, da nicht mehrere GdB-Werte aufaddiert werden können (Betanet 2016 a).

Der Schwerbehindertenausweis bietet dem behinderten Menschen in Abhängigkeit vom Grad und der Art der Behinderung einen Anspruch auf sogenannten Nachteilsausgleich. Dies gilt in vielen Bereichen, z.B. im öffentlichen Personennahverkehr, im Rahmen von öffentlichen Gebühren sowie im Arbeitsleben, z.B. durch Zusatzurlaub oder Kündigungsschutzrechte (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2016).

Laut persönlicher Mitteilung eines Mitarbeiters des Versorgungsamtes Bayern wurden im Jahr 2015 106.940 Erstanträge und 123.729 Neufeststellungsanträge gestellt.

2.3.2 Pflege und Pflegeeinstufung

Die Pflegegradeinstufung bietet für die Betroffenen die Möglichkeit, Pflegegeld von der Pflegekasse zu erhalten. "Unter Pflegegeld versteht man eine monatliche Sozialleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung für anerkannt Pflegebedürftige, die sich zu Hause von Angehörigen, Bekannten oder Freunden pflegen oder betreuen lassen" (Pflege 2016). Dieses "Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen", wie es im Pflegeversicherungsgesetz heißt (§ 37 SGB XI), dient dazu den Aufwand und den Einsatz von pflegenden Angehörigen, Bekannten oder Freunden für ihre tägliche häusliche Pflege und Betreuung zu entschädigen.

In § 15 SGB XI sind die Pflegestufen näher definiert¹. Danach gelten Personen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit/ Behinderung bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung langfristig oder

-

¹ Ab dem 1.1.2017 wurden die Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Da die vorliegende Arbeit im Jahr 2014 begonnen wurde und die Erhebung im Jahr 2015 erfolgte, wird in dieser Arbeit auf die damaligen Pflegestufen Bezug genommen.

für mindestens sechs Monate in höherem Maße Hilfe brauchen. Entsprechend der benötigten Hilfe erfolgt eine Einteilung in eine der drei Pflegestufen. Die Höhe der Leistungen variiert je nach Stufe (Brüggemann, Irle & Mai 2007).

Folgende Einteilung der Pflegestufen gibt es:

Pflegestufe 0

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und häuslichen Versorgung, die aber noch nicht die Voraussetzung für Pflegestufe I erfüllen

• Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Personen mit mindestens einmal täglich erforderlichem Hilfebedarf bei mindestens zwei Tätigkeiten aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche benötigter Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens 90 Minuten pro Tag betragen (davon müssen mehr als 45 Minuten für die Grundpflege aufgebracht werden).

• Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Personen mit mindestens dreimal pro Tag erforderlichem Hilfebedarf bei der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche benötigter Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens drei Stunden pro Tag betragen (davon müssen mindestens zwei Stunden für die Grundpflege aufgebracht werden)

• Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Personen, bei denen Hilfebedarf rund um die Uhr besteht. Zusätzlich wird mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens fünf Stunden pro Tag betragen (davon müssen mindestens vier Stunden für die Grundpflege aufgebracht werden).

Der Begriff Grundpflege umfasst alle regelmäßig wiederkehrenden Pflegemaßnahmen, die zur Alltagsbewältigung der pflegebedürftigen Person beitragen. Es handelt sich dabei um die grundlegendsten Maßnahmen der Pflege, und zwar die Hilfestellung im Rahmen der Körperpflege, Ernährung sowie der Mobilität. Dabei kann die Versorgung entweder von pflegenden Angehörigen oder Bekannten, oder auch von einem professionellen Pflegedienst durchgeführt werden (Jedermann Gruppe gem. e.V. 2016 a). Im Folgenden sollen einige Maßnahmen aufgezeigt werden, die laut SGB XI als Leistungen der Grundpflege deklariert sind. Im Bereich der Körperpflege gehören hierzu zum Beispiel: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege und Kämmen. Die mundgerechte Zubereitung der Nahrung sowie die Aufnahme der Mahlzeit gehört zum Punkt Ernährung. Unter Mobilität versteht man zum Beispiel das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, das An- und Auskleiden sowie Gehen und Treppensteigen.

Die Behandlungspflege wird von einem Arzt nach SGB V angeordnet und von einem Pflegedienst ausgeführt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass pflegebedürftige Personen bei der Heilung unterstützt werden oder dabei helfen eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern. Die Kostenträger sind in diesem Falle die Krankenkassen, im Unterschied zur Grundpflege, bei denen die Pflegekasse für die Kosten aufkommt. Es besteht ein Anspruch auf Behandlungspflege, wenn weder die betroffene Person selbst, noch eine mit ihr im Haushalt lebende Person im Stande ist die Pflegeaufgaben zu übernehmen. Zu den Leistungen gehören unter anderem: Blutdruckmessung, Medikamentengabe und Wundversorgung (Jedermann Gruppe gem. e.V. 2016 b).

Der sog. Überleitungsantrag auf Pflegeeinstufung kann von der Akut- oder der Rehabilitationsklinik gemeinsam mit dem Versicherten gestellt werden, wenn nach dem stationären Aufenthalt eine Pflegeeinstufung zu erwarten ist, aber vorher keine Pflegestufe bestand. Diese Einstufung durch den MDK muss unverzüglich geschehen und wird in aller Regel nach Aktenlage erfolgen. Das Ergebnis wird anschließend an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse entscheidet innerhalb einer Woche über die Bewilligung oder Ablehnung einer vorläufigen Pflegestufe. Eine erneute Überprüfung dieser Einstufung erfolgt im häuslichen Umfeld durch den MDK (Betanet 2016 b).

2.3.3 Spezielle Beratungsthemen des Sozialdienstes

Es gibt einige weitere Sozialleistungen, die den Rehabilitanden unter gewissen Voraussetzungen vorgeschlagen werden, um ihre Grundversorgung zu gewährleisten. Zum einen ist dies das **Wohngeld**. Die gesetzlichen Regelungen über die Gewährung von Wohngeld (WoGG) gelten als besondere Teile des Sozialgesetzbuches (§ 68 Nr. 10 SGB I). Einkommensschwache Bürger haben Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung von Seiten des Staates. Diesen Mietzuschuss erhalten z.B. Mieter einer Wohnung oder Heimbewohner. Einen sogenannten Lastenzuschuss können Eigentümer eines Eigenheimes für den selbstgenutzten Wohnraum beantragen. Der Anspruch auf Wohngeld hängt von mehreren Faktoren ab, die bei jedem Antrag individuell geprüft werden (Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr 2016). Einen solchen Antrag kann man bei der zuständigen Wohngeldbehörde der Gemeinde-, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung stellen.

Des Weiteren gibt es eine sogenannte "Grundsicherung im Alter" (§§ 41 ff. SGB XII). Diese soll die monatlichen Kosten für den notwendigen Lebensunterhalt, Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, Vorsorgebeiträge, Mehrbedarf für bestimmte Personengruppen (z.B. für gehbehinderte Menschen mit Schwerbehindertenausweis) und Hilfe in Sonderfällen abdecken. Einen Anspruch haben Menschen mit niedrigem Einkommen (unter 823 Euro) oder geringem Vermögen, die entweder die für sie geltende Altersgrenze erreicht haben oder dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und mindestens das 18. Lebensjahr erreicht haben. Ein solcher Antrag ist beim zuständigen Sozialamt einzureichen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017).

Ein **Hausnotrufsystem** gibt pflegebedürftigen, älteren, alleinstehenden Personen die Möglichkeit, im Falle einer Notlage Hilfe anzufordern. Es handelt sich dabei um ein elektronisches Meldesystem, das mit einer Notrufzentrale verbunden ist, die in einer Notlage Hilfe organisieren kann (Verbraucherzentrale 2016).

Um chronisch kranke oder behinderte Menschen nicht zu benachteiligen, gibt es die Möglichkeit, sich von der **Zuzahlung von Medikamenten befreien** zu lassen. Dies ist ab der Überschreitung einer sogenannten "Belastungsgrenze" möglich, die bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens der Familie liegt. Nach Überschreitung dieser Grenze kann die Krankenkasse einen Befreiungsbescheid ausstellen, der den Patienten für die folgenden Zuzahlungen befreit (Bundesministerium für Gesundheit 2017).

Für viele Menschen mit Behinderung sind individuell geeignete "Hilfsmittel", wie z.B. Rollator oder Rollstuhl, unverzichtbar, damit sie am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Hilfsmittel ermöglichen den betroffenen Menschen grundlegende Aktivitäten, wie z.B. Mobilität, Alltagsverrichtungen und soziale Interaktion, weiterhin auszuführen. Somit sind dies fördernde Faktoren zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, und sie reduzieren den Bedarf an Pflege und Unterstützung. Oft werden durch die Anwendung eines Hilfsmittels die menschlichen Grundbedürfnisse sichergestellt, wie Essen, Trinken u.a. und sie stellen einen wertvollen Ausgleich zu einer bestehenden Behinderung dar (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2010).

Eine weitere Erleichterung für Menschen, die hilfsbedürftig sind und ihre Mahlzeiten nicht mehr eigenständig zubereiten können, ist das "Essen auf Rädern". Hierunter versteht man die meist tägliche Lieferung von fertig zubereiteten Mahlzeiten nach Hause. Dieses Angebot geht unter anderem von sozialen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden und Hilfsorganisationen aus (Pflegestufen 2016).

Ein weiteres Angebot, das älteren Menschen mit geringem Einkommen nützlich sein kann, ist die Möglichkeit, die "Tafel" in Anspruch zu nehmen. Die zunehmende Bedeutung der Tafeln gerade für ältere Menschen zeigt sich an einer Verdoppelung des Anteils der Rentner von 2007 auf 2015, die das Angebot der Tafel nutzen. 23 % der Tafelnutzer sind im Rentenalter. Die "Tafeln" stellen nicht nur Essen zur Verfügung, sondern rund 16 % von ihnen unterstützen mobil eingeschränkte Menschen mit einem Bringdienst und leisten durch Senioren-Treffs und Ausflügen einen Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität von Rentnern (Bundesverband Deutsche Tafel 2015).

2.4 Sozialdienst in der Rehabilitation

Die Soziale Arbeit ist ein fester Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsteams (Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapeut, physikalische Therapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung) und damit in das gesamte Behandlungsund Rehabilitationskonzept eingebunden. Der Sozialdienst soll den Patienten motivieren und begleiten, um eventuell vorhandene Barrieren im privaten bzw. häuslichen Sektor abzubauen und somit ein positives Umfeld für die nachstationäre Phase zu schaffen. "Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist geprägt von einem ganzheitlichen Blick, der die Menschen sowohl mit ihren gesundheitlichen Problemen als auch ihre psychische und soziale Situation berücksichtigt" (Kurlemann 2011, S. 8). Die Arbeit der Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen des Sozialdienstes schließt die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Sicherstellung der Chancengleichheit sowie die Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Berufsgruppen mit ein. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen erbringt Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und unterstützt die betroffenen Menschen bei der Wiederherstellung einer unabhängigen Lebensführung (DVSG 2008). Auch wenn die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung des älteren Menschen nötig ist, wird der Sozialdienst tätig.

Die Rehabilitanden in der Rehabilitationsklinik können auch ohne Verordnung des behandelnden Arztes den Sozialdienst in Anspruch nehmen. Eine frühe Kontaktaufnahme erleichtert das Vorgehen und eine rasche Umsetzung von Empfehlungen. Der Sozialdienst fungiert in diesem Sinne vor allem als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2008). Seine Aufgabe ist in der Rehabilitation bei älteren Menschen die Beratung der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen über soziale Hilfen (personelle, materielle und finanzielle), mögliche Versorgungsformen nach der Entlassung und ihre Organisation.

In der Gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen werden die Aufgaben wie folgt definiert: "Sozialdienste informieren und beraten Men-

schen mit Behinderung und ihre Angehörigen in sozialen, persönlichen, finanziellen und sozialrechtlichen Fragen. Sie leisten Unterstützung für den betroffenen Menschen im umfassenden Sinne der Inklusion, insbesondere bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und Behinderung. Sie informieren z.B. über adäquate Rehabilitationsmöglichkeiten und den Weg ihrer Beantragung. Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. ein. [...] Sozialdienste erarbeiten mit dem betroffenen Menschen Perspektiven, indem sie beraten, Informationen bereitstellen und ihn zeitnah unterstützen, die Rehabilitations-/Teilhabemöglichkeiten zu erschließen [...] und (sie) organisieren auch weitergehende Maßnahmen (z.B. Einleitung/Vermittlung von häuslicher Versorgung, ambulanter oder stationärer Pflege, Kurzzeitpflege, Betreutem Wohnen sowie Kontakten zu Selbsthilfegruppen)." (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2016, S. 8).

2.5 Kontextfaktoren in der Rehabilitation

Da der Sozialdienst in der Rehabilitation sich insbesondere auf eine verbesserte Passung der personalen Interessen und Möglichkeiten mit den gegebenen Bedingungen/Kontextfaktoren bezieht, werden nachfolgend relevante Kontextfaktoren aufgezeigt, die Barrieren oder nützliche Voraussetzungen für die Teilhabe älterer Menschen darstellen.

Kontextfaktoren umfassen umweltbezogene und personbezogene Faktoren. Dazu gehören Ressourcen und Förderfaktoren, aber auch Hindernisse (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011 b). Laut WHO beschreiben die personbezogenen Faktoren den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen. Sie schließen Gegebenheiten des Menschen ein, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustandes sind. Im biopsychosozialen Modell der ICF wird deutlich, dass individuelle Kontextfaktoren für die Funktionsfähigkeit einer Person von großer Relevanz sind. Sie beschreiben den gesamten Lebenshintergrund und die Art der Lebensführung eines Menschen (Bülau et al. 2016). Sie sind notwendig, um alle Facetten ei-

nes aktuellen Gesundheitsproblems aufzuzeigen und eventuell bestehende Barrieren zu erkennen. Man versteht darunter unter anderem das Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Gewohnheiten (Risikofaktoren), sozialer Hintergrund, Ausbildung, soziale Kompetenz, physisches und psychisches Leistungsvermögen sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit.

Zu den umweltbezogenen Faktoren zählen unter anderem: Produkte und Technologien (Hilfsmittel, Medikamente), Unterstützung und Beziehungen (z.B. Partner, Freunde, Pflegepersonen), Dienste und Handlungsgrundsätze (Soziale Sicherungssysteme, Politik), Weltanschauungen und Konventionen.

In der Studie von Bülau et al. (2016) wurden Daten sowohl zu personbezogenen Faktoren als auch umweltbezogenen Faktoren erhoben. Es wurde ermittelt, inwiefern die Rehabilitanden durch diese Beziehungen Unterstützung in der Nachsorge erfahren können. Außerdem wurden persönliche Einstellungen und Überzeugungen zur Umsetzung der empfohlenen Nachsorgemaßnahmen erfragt.

Kontextfaktoren können entweder einen fördernden oder hinderlichen Einfluss auf die Möglichkeit zur Umsetzung der Nachsorge haben.

Einen förderlichen Einfluss zeigte die Studie bei älteren Versicherten (55 plus) von Krüger-Wauschkuhn et al. (2011). Unter anderem wurde deutlich, dass ein individualisierter Nachsorgeplan und wiederkehrende Nachbefragungen eine erfolgreiche Einbeziehung der Rehabilitationsinhalte in den Alltag unterstützten und somit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation förderten.

Umgekehrt erhöhen hinderliche Faktoren die Chancen, dass kurz nach der Entlassung aus der Reha-Einrichtung schnell wieder alte Gewohnheiten übernommen werden und diese eine weitere Verbesserung des Lebens mit der Erkrankung negativ beeinflussen.

Bülau et al. (2016) beschäftigten sich mit Kontextfaktoren, die bei psychosomatischen Patienten in der Rehabilitation einen negativen Einfluss auf deren psychische Funktionsfähigkeit sowie deren Teilhabe hatten. Folgende Kontextfaktoren stellten für die

Patienten die stärkste Belastung dar: "Mangel an Entspannung und Freizeit", "Enttäuschende oder kränkende Erfahrungen mit wichtigen Menschen", "Erfahrenes Unrecht in der Gegenwart oder Vergangenheit" und "Sonstige inter- und intrapersonelle Faktoren". Somit wäre es sinnvoll, Patienten mit bereits bestehenden negativen Kontextfaktoren frühzeitig zu erkennen, um ihnen zusätzliche Hilfen zu bieten, um die bestehenden Hürden zu überwinden.

3 Fragestellung und Hypothesen

In dieser Arbeit wird untersucht, wie sich die weiteren Verläufe der sozialen Wiedereingliederung nach der sozialdienstlichen Beratung entwickeln bzw. welche Ergebnisse sich nach der Beratung durch den Sozialdienst auf die definierten Zielparameter auf Seiten der Rehabilitanden beschreiben lassen.

Hauptfragestellung: In welchem Umfang werden die Empfehlungen der Sozialpädagogen bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung umgesetzt?

Nebenfragestellungen:

- Lassen sich Hinweise entnehmen, dass bestimmte Faktoren (Alter oder Geschlecht, Lebensverhältnisse, Barthel-Index bei Entlassung) einen Einfluss auf die Umsetzung der sozialdienstlichen Empfehlungen und den weiteren Verlauf nach der Rehabilitation haben?
- Welche weiteren Ergebnisse der sozialdienstlichen Beratung lassen sich feststellen?

Die Studie hat das Ziel zu beschreiben, ob bzw. inwieweit eine sozialdienstliche Beratung in einer Reha-Klinik dem Patienten hilft, seine Teilhabe am alltäglichen Leben nach der Rehabilitation zu verbessern.

Konkret soll für die Teilgruppe der älteren Rehabilitanden erhoben werden, ob in der Reha-Klinik mit dem Patienten besprochene bzw. vorbereitete Anträge auf Überleitung auf Pflegestufe und Anträge auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung nach der Rehabilitation tatsächlich gestellt werden und ob sie von den jeweiligen Behörden genehmigt wurden. Zudem soll erhoben werden, ob der Patient sich im Anschluss an die Rehabilitation an die weiteren Empfehlungen des Sozialdienstes aus einer vorgegebenen Liste (z.B. zur Veränderung der Wohnsituation oder von Lebensgewohnheiten) erinnern kann und wie weit er diese Empfehlungen umsetzen konnte.

In der Regel wird der Sozialdienst in der Klinik bei jedem Rehabilitanden tätig, der älter als 60 Jahre ist. Mit dem Rehabilitanden werden die Wohnsituation am Heimatort, die Pflegebedürftigkeit und weitere Empfehlungen für "zu Hause" besprochen. Die Befragungen richten sich auf eine nähere Erhebung der Art der sozialdienstlichen Empfehlungen sowie auf förderliche und hinderliche Faktoren für deren tatsächliche Umsetzung der Rehabilitation.

Ergänzend sollen folgende Fragen untersucht werden. Zunächst soll (quantitativ) geprüft werden, ob der festgestellte Barthel-Index einen Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen hat, sodann sollen davon unabhängige, weitere förderliche oder hinderliche Aspekte für die Umsetzung der Empfehlungen des Sozialdienstes in offenen Fragen explorativ erfragt werden.

Falls sich Hinweise auf positive Effekte der sozialdienstlichen Beratung auf die Wiedereingliederung nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ergeben, können sie im Weiteren dazu dienen, eine Wirksamkeitsprüfung vorzunehmen. Hinweise auf Probleme und Grenzen der Beratung für die Wiedereingliederung nach Rehabilitationsmaßnahmen können genutzt werden, um Verbesserungen der sozialdienstlichen Beratung zu diskutieren.

4 Methode

4.1 Design und Methodik

Es handelt sich um eine monozentrische Kohortenstudie mit drei Messzeitpunkten, die an der Deegenbergklinik in Bad Kissingen im Zeitraum vom 1. April bis 31. Oktober 2015 durchgeführt wurde.

Mit Schreiben vom 4.3.2015 (AZ-18/15) teilte die Ethik-Kommission mit, dass keine Einwände zur Durchführung der Studie bestehen.

Die Ausgangsparameter, d.h. der Barthel-Index (t1) und der Fragebogen des Sozialdienstes (t2), wurden während des Aufenthaltes der Patienten in der Rehaklinik erhoben. Die Erreichung der Zielparameter wurde ca. acht Wochen nach Reha-Ende über ein leitfadengestütztes Telefoninterview (t3) erhoben.

4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Teilnahme an der Studie kamen alle Patienten in Frage, die eine stationäre Rehabilitation in der Reha-Klinik durchführten und zum Erhebungszeitpunkt älter als 65 Jahre waren sowie nicht mehr am Arbeitsleben teilnahmen. Ausschlusskriterien ergaben sich, wenn die Durchführung des Telefoninterviews nicht gewährleistet werden konnte (z.B. mangelnde Sprachkenntnisse oder kognitive Einschränkungen).

4.3 Studieninformation

Es erfolgte ein Beratungsgespräch durch einen Sozialpädagogen, der den Patienten auf die geplante Studie ansprach und über das geplante Projekt mündlich informierte. Falls er Interesse zeigte, wurde er näher informiert und die Patienteninformation (siehe Anhang 4) wurde ausgehändigt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und der Patient

konnte jederzeit, ohne dass ihm dabei Nachteile entstanden wären, zurücktreten. In der Patienteninformation erfolgten eine Beschreibung des Studienziels, des Vorgehens sowie die Darlegung der Datenflüsse. Die Patienten wurden sodann um Teilnahme gebeten (informierte Einwilligung). In der schriftlichen Einwilligungserklärung (siehe Anhang 5) wurden Freiwilligkeit der Teilnahme und Anonymität zugesichert. Für die Einwilligung wurde den angesprochenen Patienten eine Bedenkzeit gegeben. Eine schriftliche Einwilligungserklärung war Voraussetzung für die Teilnahme, d. h. für die weitere Datenerhebung und -verarbeitung.

Die unterschriebenen Einwilligungserklärungen der Patienten verblieben bis zum Projektende in der Kooperationsklinik und wurden dort verschlossen aufbewahrt.

Das Vorliegen der Einwilligungserklärungen für alle rekrutierten Patienten (mit vorliegendem Datenmaterial) wurde vor der Datenauswertung geprüft. Sollte die Einwilligungserklärung nicht vorliegen, wurden die Daten nicht verwertet und vernichtet. Alle Einwilligungserklärungen wurden zum Projektende vernichtet.

4.4 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

4.4.1 t1: Erhebung des Barthel-Index

Der Barthel-Index wurde jeweils einmal zu Reha-Beginn (t1) und zu Reha-Ende (t2) von den Pflegekräften erhoben. Der Barthel-Index ist ein Bewertungsverfahren zur systematischen Erfassung der alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten. Anhand der Bewertung von zehn unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen sollen die Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Patienten systematisch erfasst werden. 1965 wurde der Barthel-Index von Florence I. Mahoney und Dorothea W. Barthel in Baltimore, Maryland, USA entwickelt. Er diente ursprünglich als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskelettalen Erkrankungen oder Einschränkungen. Heute findet er breite Anwendung im Rahmen des Pflegeassessments. Der mögliche Summenscore reicht von 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) bis 100 Punkte (Selb-

ständigkeit). Er wird meistens von Seiten der Pflegekräfte erhoben (Mahoney & Barthel 1965).

Die psychometrische Qualität des Barthel-Index wird unterschiedlich beurteilt. Einige Autoren wie z.B. Schlote et al. sprechen von einer Inter-Rater-Reliabilität von "gut bis sehr gut" (ICC: 0,82-0,99) (Schlote et al. 2004, S. 77) und auch Heuschmann et al. zeigten, dass die deutsche Version des Barthel-Index eine hervorragende mittlere Übereinstimmung ergab (Heuschmann et al. 2005). Es gibt aber auch kritische Stimmen, die zu bedenken geben, dass der Barthel-Index als Globalparameter unterschiedliche Bewertungsebenen beinhaltet und dies somit zu einer Relativierung der allgemeinen Aussagen der Validität des Instruments führt (Lübke, Meinck & von Renteln-Kruse 2004). Kritisiert wird auch, dass durch den Barthel-Index zum Teil wesentliche reharelevante Bereiche nicht abgedeckt werden und ein Patient, auch wenn er relevante Defizite, d.h. Einschränkungen der Selbstständigkeit hat, die volle Punktzahl erreichen kann. Insbesondere für Patienten mit leichteren Einschränkungen der Selbstständigkeit fehlen im Barthel-Index Differenzierungen ("Deckeneffekt/Ceiling-Effekt", Nikolaus 2001).

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass trotz aller Bedenken der Barthel-Index als Standard zur Pflegeeinstufung gilt, da es im Moment keine geeigneten Alternativen gibt, die sich im Versorgungsalltag durchgesetzt haben.

4.4.2 t2: Erhebung der Daten durch den Sozialdienst

Der Fragebogen zu t2 wurde mit Unterstützung der Sozialpädagogen der Deegenbergklinik und Herrn Professor Dr. Deeg, Ärztlicher Direktor der Deegenbergklinik, sowie mit methodischer Beratung von Herrn Professor Dr. Dr. Faller, Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg, und Herrn Professor Dr. Vogel entwickelt. Der Fragebogen zu t2 untergliederte sich in drei Teile (siehe Anhang 2).

- Im ersten Teil wurde zuerst festgestellt, wer die folgenden Angaben machte, d.h. ob der Patient selbst dazu in der Lage war oder Angehörige dies übernahmen. Es erfolgten weitere Fragen zu personenbezogenen Daten, wie z.B. zur häuslichen Versorgung und zur Wohnsituation, wodurch der Patient auf das Angebot des Sozialdienstes aufmerksam wurde, zum monatlichen Einkommen, zur Miete und zur Selbsteinschätzung der finanziellen Absicherung.
- Im zweiten Teil wurden die individuellen Empfehlungen des Sozialdienstes an die Patienten festgehalten. Zu diesen ankreuzbaren Empfehlungen zählte, ob dem Patienten im Bedarfsfall geraten worden war, in eine geeignete Pflegeeinrichtung umzuziehen bzw. eine Wohnung im Erdgeschoss oder mit Aufzug zu suchen. Im Weiteren war ankreuzbar, dass auf eine Umstellung der bisherigen Lebensgewohnheiten hingewiesen worden war und etwa die Teilnahme an Sportprogrammen bzw. der Herzsportgruppe vorgeschlagen worden war. Auch war anzukreuzen, ob und wenn ja welche Möglichkeiten nahegebracht wurden, um sich im Alltag unterstützen zu lassen. Ein letzter Punkt betraf die Beratungsthemen zur finanziellen Entlastung. Es konnte etwa festgehalten werden, dass eine Beratung des Sozialdienstes stattgefunden hat über Anträge z.B. auf Wohngeld oder Zuzahlungsbefreiung für Medikamente, um Patienten mit geringem Einkommen zu unterstützen.
- Der dritte Teil bezog sich auf zwei spezielle Themen der Beratung: Pflegestufe bzw. Antrag auf Erhöhung der Pflegestufe und Grad der Behinderung (GdB) bzw. Antrag auf GdB-Einstufung oder Neueinstufung. Es war anzugeben, ob ein Überleitungsantrag auf Pflegestufe gestellt worden war oder ob ein Antrag auf Neueinstufung zwar vorbereitet, aber dem Patienten oder den Angehörigen mitgegeben wurde, damit sie ihn später selbst bei der Kranken- bzw. Pflegekasse stellen, oder ob nur eine Beratung zur Pflegeeinstufung erfolgte. Eine weitere möglicherweise erfolgte Leistung war der Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung. Es erfolgte entweder nur eine Beratung zu diesem Thema, eine Aushändigung des Antrags zur selbstständigen Bearbei-

tung, eine Vorbesprechung ohne Abschicken des Antrags oder direkte Bearbeitung und anschließende Versendung des Antrags an das zuständige Amt.

4.4.3 t3: Durchführung des Telefoninterviews

Der Leitfaden für das Telefoninterview entstand mit Unterstützung von Herrn Professor Dr. Dr. Deeg und methodischer Beratung von Herrn Professor Dr. Dr. Faller und Herrn Professor Dr. Vogel.

Zu Beginn erfolgten eine kurze Einführung seitens der Doktorandin und eine Erläuterung des Anliegens des Anrufs. Es wurde gefragt, ob der jetzige Zeitpunkt passend sei, und bei Verneinung wurde ein neuer Gesprächstermin vereinbart.

Der Leitfaden für das telefonische Interview war analog zum Fragebogen 2 aufgebaut, in dem die möglichen Leistungen des Sozialdienstes aufgeführt sind (siehe Anhang 3).

- Zuerst wurden die Patientendaten erhoben. Darunter fielen die derzeitige Versorgung zu Hause, die Einschätzung, ob die Wohnsituation behindertengerecht ist, sowie die Schilderung der Wohnverhältnisse.
- Als weiteres wurden die Patienten darauf hingewiesen, dass sie Empfehlungen seitens des Sozialdienstes erhalten hatten, und nun solle herausgefunden werden, welche von diesen bereits umgesetzt wurden. Die nominalskalierten Antwortmöglichkeiten unterteilten sich in "ja nein war nicht notwendig weiß nicht mehr genau". Je nachdem, welche Antwort gegeben wurde, erfolgte die weitere Befragung nach einem speziellen Frageschema. Wenn eine Empfehlung ausgesprochen wurde und sie dennoch nicht umgesetzt wurde, wurde nach den Gründen dafür gefragt.
- Im letzten Teil ging es um die Genehmigung der vom Sozialdienst gestellten bzw. vorbereiteten Anträge. Es sollte in Erfahrung gebracht werden, ob vom Sozialdienst ausgehändigte Anträge an die jeweiligen Behörden weitergeleitet und ob sie genehmigt wurden.

 Als letzte Frage wurde ermittelt, ob der Rehabilitand unabhängig vom Sozialdienst etwas in seinem Leben verändert hat.

4.5 Ablauf der Datenhaltung

Die Probandendaten wurden so codiert, dass jedem Patienten eine eindeutige systematisch generierte Zahl zugeordnet wurde.

Die in der Klinik ausgefüllten Fragebögen 1 (t1) und 2 (t2) wurden durch den Sozialdienst elektronisch gespeichert. In einer EXCEL-Tabelle wurden die personenbezogenen Daten, wie Patienten-ID, Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Telefonnummer verschlüsselt gespeichert. Sie war auf keinem allgemein zugänglichen Datenträger gespeichert. Durch die jeweiligen Passwörter konnten die Daten entschlüsselt werden.

4.6 Statistische Analyse

den Originalbögen).

Die statistische Analyse der Daten der vorliegenden Arbeit erfolgte mittels des Programms IBM SPSS Statistics 23 für Windows (Statistical Package for Social Sciences). Zur Überprüfung und Sicherung der Qualität der Dateneingabe wurden bei 20 % zufällig ausgewählter Fälle die Daten nochmals in Hinblick auf mögliche Eingabefehler beim Übertragen der Ergebnisse in das Programm kontrolliert (nochmaliger Vergleich mit

Bezüglich der offenen Fragen wurden die mündlichen Aussagen direkt übernommen und alle Antworten aufgelistet bzw. teilweise inhaltsanalytisch zusammengefasst.

Es wurden für die in den Fragestellungen untersuchten Variablen deskriptiv-statistische Kennwerte erhoben und die Variabilität der beobachteten Merkmale in der Stichprobe dargestellt. Dabei wurden Häufigkeitsangaben bzw. –verteilungen und sofern sachgerecht/zulässig als Lagemaß der Mittelwert (M) sowie als Streuungsparameter die Standardabweichung (SD) berechnet.

Zur Unterschiedsprüfung wurden die entsprechend dem Skalenniveau und der Fragestellung passenden Signifikanztests durchgeführt (Kendall-Tau-b, exakter Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test). Ergebnisse mit p < 0,05 wurden als signifikant bewertet.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

5.1.1 Rekrutierung, Soziodemografie und Barthel-Index

Im Zeitraum vom 1. April 2015 bis 31. Oktober 2015 konnten insgesamt 49 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Drei Patienten (6 %) lehnten die telefonische Nachbefragung ab. Gründe waren zwei Mal mangelndes Interesse, ein Patient konnte sich nicht mehr an die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie erinnern und wollte deshalb auch keine Angaben machen. Von diesen drei Patienten wurden nur die Fragebögen 1 (t1) und 2 (t2) bei der Auswertung berücksichtigt. Bei einem Patienten übernahm die Tochter die Beantwortung der Fragen. Dieses Gespräch wurde so gewertet, als wären die Fragen vom Patienten selbst beantwortet worden.

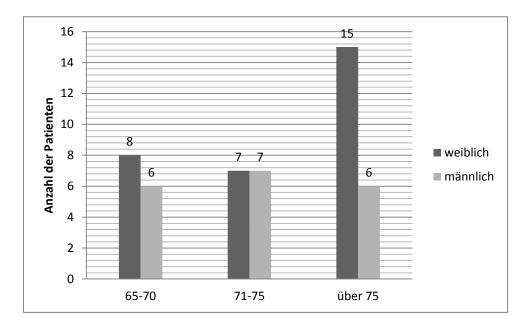
Laut dem Controller der Rehabilitationsklinik waren im Studienzeitraum 767 Patienten über 65 Jahre in der Klinik. Von diesen hatten 247 Patienten einen Termin beim Sozialdienst. Die 49 rekrutierten Rehabilitanden entsprachen somit 20 % der in Frage kommenden Patienten (Tabelle 3).

Tabelle 3: Teilnehmerzahl und -quote

Teilnahme an der Studie					
	Ja Nein				
In Frage kommende Patientenanzahl	49 (20 %)	198 (80 %)			

Von den insgesamt 49 teilnehmenden Probanden waren 30 (61,2 %) weiblich.

Es waren drei Altersintervalle vorgegeben (65-70; über 70 bis 75; über 75) mit 14, 14 und 21 Probanden (Abbildung 1). Das durchschnittliche Alter betrug 73,7 Jahre (SD 5,7). Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 74,3 Jahren, das der Männer bei 72,7 Jahren.



Die telefonische Befragung (t3) erfolgte im Durchschnitt nach 58,5 Tagen (SD 6,7).

Abbildung 1: Anzahl der Patienten in drei Altersintervallen

Prä- und Postwerte zum Barthel-Index lagen nur bei 42 Patienten (86 %) vor. Die Spanne der Werte reichte beim Präwert (Reha-Beginn) von 70-100, beim Postwert (Reha-Ende) von 45-100 Punkten. Die Verteilung war allerdings stark linksschief. Der Median als angemessenes Lagemaß lag dementsprechend bei den Prä- wie bei den Postwerten bei 100 Punkten.

Bei 25 Patienten (60 %) konnte keine Veränderung des Barthel-Index während des Rehabilitationsaufenthaltes beobachtet werden. Während sich bei vier Patienten (10 %) die Punktzahl verbesserte, war sie bei 13 (31 %) zum Zeitpunkt t2 schlechter als zu Beginn (Tabelle 4).

Tabelle 4: Barthel-Index (BI), Reha-Beginn und Reha-Ende und Veränderungen

Aufnahme-BI	Entlassung-Bl	Verbesserung	Keine Veränderung	Verschlechterung
94,9	92,1	4 (9,5 %)	25 (59,5 %)	13 (30,9 %)

5.1.2 Häusliche Versorgung und Selbstständigkeit der Probanden

Die Hälfte der Patienten lebte nach den Angaben des Sozialdienstes (t2) zusammen mit ihrem Ehepartner, weitere 30 % versorgten sich selbstständig. Im Telefoninterview (t3) hat sich an der häuslichen Versorgung wenig geändert, die Angaben aus der Klinik werden im Wesentlichen bestätigt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Häusliche Versorgung

	t2		t3	
	n	Prozent	n	Prozent
selbstständig	12	25 %	14	29 %
mit Ehepartner	27	55 %	26	53 %
mit Familienangehörigen (FA)	2	4 %	1	2 %
mit Ehepartner und Familienangehörigen	2	4 %	1	2 %
selbstständig und Familienangehörigen	4	8 %	2	4 %
mit Ehepartner und dessen Versorgung und FA	1	2 %	1	2 %
mit Ehepartner und Unterstützung Pflegedienst	1	2 %	1	2 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

Es zeigte sich, dass laut Angaben, die dem Sozialdienst (t2) gemacht wurden, 33 Patienten (67 %) ein eigenes Haus besaßen, die restlichen 16 (33 %) wohnten in einer Mietwohnung. Eine detaillierte Beschreibung der Wohnsituation ist in Tabelle 6 wiedergegeben.

Tabelle 6: Wohnsituation

		t	:2		t:	3
	n	n	Prozent	n	n	Prozent
Eigenes Haus	33		67 %	32		65 %
darunter: Wohnung im Erdgeschoss		4			7	
darunter: Wohnung im 1. Stock		4			6	
Mietwohnung Lage der Mietwohnung:	16		33 %	14		29 %
Souterrain		1	2 %		2	4 %
Erdgeschoss ohne Aufzug		4	8 %		1	2 %
Erdgeschoss mit Aufzug		1	2 %		0	0
1. Stock ohne Aufzug		5	10 %		3	6 %
1. Stock mit Aufzug		0	0		1	2 %
2. Stock ohne Aufzug		1	2 %		1	2 %
2. Stock mit Aufzug		2	4 %		2	4 %
1. und 2. Stock ohne Aufzug		0	0		2	4 %
3. Stock oder höher ohne Aufzug		1	2 %		1	2 %
3. Stock oder höher mit Aufzug		1	2 %		1	2 %
Missing	0			3		6 %
Summe	49			49		

Die Patienten, die angaben, ein eigenes Haus zu besitzen, wurden separat nach der Barrierefreiheit des Hauses gefragt. Beim Sozialdienst (t2) sagten von 33 Patienten, die berichteten ein eigenes Haus zu besitzen, 21 Patienten (64 %), dass ihr Haus barrierefrei ist, 12 verneinten diese Frage (36 %). Im Telefoninterview (t3) beantworteten demgegenüber von den 32 Patienten, die die Frage nach einem eigenen Haus mit "ja" beantworteten, die Nachfrage nach Barrierefreiheit nur neun Patienten mit "ja" (28 %), 23 dagegen verneinten diese Frage (72 %; vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Barrierefreiheit des eigenen Hauses

	t2		t3	
	n	Prozent	n	Prozent
Ja	21	64 %	9	28 %
Nein	12	36 %	23	72 %
Summe	33		32	

Zum monatlichen Einkommen äußerten sich 16 Patienten (33 %). Der Median des Einkommens lag bei 830 Euro (das arithmetische Mittel lag bei 1.122 Euro, SD = 550). Von den 16 Patienten, die in einer Mietwohnung wohnten, gaben sieben Patienten an, wie hoch ihre Mietkosten pro Monat waren. Der Median lag bei 400 Euro (das arithmetische Mittel lag bei 550 Euro, SD 231). Zu der Frage, ob die Patienten sich finanziell abgesichert fühlten, antworteten 42 (86 %) mit "ja", zwei (4 %) mit "nein" und fünf (10 %) waren sich "unsicher".

5.2 Empfehlungen des Sozialdienstes und ihre Umsetzung

Der Sozialdienst besprach mit den Patienten unterschiedliche Aspekte, die ihm nach der Rehabilitation helfen sollten, sein Alltagsleben wieder normal bzw. weitestgehend selbstständig zu führen. Darunter fielen folgende Punkte: Umzug in eine andere Wohnung, Umstellung der Lebensgewohnheiten, Unterstützung im Alltag sowie die finanzielle Entlastung. Diese Empfehlungen sollen nun einzeln dargestellt werden.

5.2.1 Umzug in andere Wohnung/ Einrichtung

Bei keinem der Patienten erachtete es der Sozialdienst als notwendig, eine Empfehlung zum Umzug in eine andere Wohnung bzw. Einrichtung auszusprechen.

5.2.2 Umstellung der Lebensgewohnheiten

Insgesamt wurde 30 Patienten (61 %) Anregungen zur aktiveren Lebensweise gegeben. 29 Patienten wurde vorgeschlagen, an einer Herzsportgruppe teilzunehmen. Einem wurde empfohlen sich an einem anderen Sportprogramm, wie z.B. Rehasport, zu beteiligen.

Von den Befragten konnten sich 22 Patienten (45 %) sofort an diese Empfehlung erinnern, drei (6 %) verneinten zuerst die Frage, konnten sich dann aber im Laufe des Gesprächs wieder an die Empfehlung erinnern. Drei (6 %) konnten sich an diese Empfehlung nicht erinnern (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Umstellung der Lebensgewohnheiten

	t2		t3	
Umstellung der Lebensgewohnheit empfohlen?	n	Prozent	n	Prozent
Ja [davon auf Nachfrage]	30	61 %	25 [3]	51 %
Nein	19	39 %	21	43 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

Die Frage nach der aktiven Teilnahme an der Herzsportgruppe bzw. an Sportprogrammen beantworteten fünf Patienten mit "ja", zwölf hatten es "fest geplant" und acht verneinten dies (Abbildung 2).

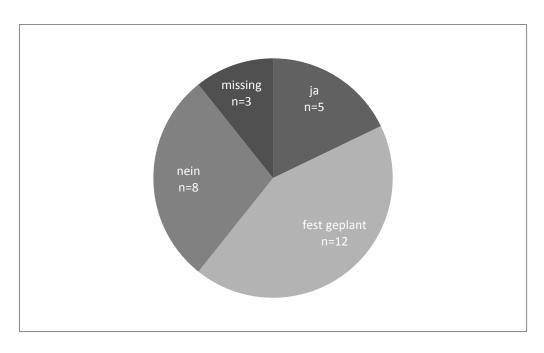


Abbildung 2: Teilnahme am empfohlenen Sportprogramm

Auf Nachfrage, warum die Teilnahme noch nicht stattfindet, wurden folgende Angaben gemacht (n=12):

- Zur Zeit ist "Sommerpause" (dreimal)
- Noch nicht "fit genug" (viermal)
- Kein freier Platz in der Herzsportgruppe
- Krankenkasse hat Antrag noch nicht genehmigt
- Bisher noch Keinen telefonisch erreicht
- Patient will erst noch zum Arzt, um Belastungsgrenze feststellen zu lassen
- Keine Angabe

Zu den Gründen, warum eine Teilnahme abgelehnt wurde, gab es folgende Äußerungen (Mehrfachnennungen möglich):

- Kein Interesse (fünfmal)
- Keine Möglichkeit durch fehlende Mobilität (zweimal)
- Ich mache lieber alleine Sport (viermal)
- Herzsportgruppe sei für kränkere Patienten (einmal)

Von den Patienten, die lieber alleine Sport machten, taten dies zwei zweimal die Woche, einer dreimal die Woche und ein anderer mehr als dreimal die Woche. Die Umsetzung gelang allen vier nach eigener Angabe gut.

Die Sportarten, die alternativ ausgeübt wurden, waren (Mehrfachnennungen möglich):

- Radfahren (dreimal)
- Krafttraining / Aufbautraining
- Nordic Walking
- Seniorengymnastik
- Heimtrainer

5.2.3 Unterstützung im Alltag

13 Patienten (27 %) wurden zu einigen Themen beraten, die ihnen dazu dienen sollten, den Alltag leichter zu bewältigen (Abbildung 3). Dreien wurden vorgeschlagen sich durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützen zu lassen, der ihnen bei der Grundpflege, z.B. Ernährung und Körperpflege, helfen sollte. Mit weiteren vier wurde besprochen, dass es von Vorteil wäre, einen ambulanten Pflegedienst zur Behandlungspflege in Anspruch zu nehmen. Dieser hilft z.B. bei der Medikamentengabe. Das System des Hausnotrufs wurde vier Patienten erklärt. Der Sozialdienst schlug bei drei Patienten vor, dass die Pflege von Angehörigen übernommen werden sollte. Des Weiteren wurde fünf Patienten nahe gelegt, dass sie im Alltag durch einen Rollstuhl (einmal) bzw. einen Rollator (viermal) wieder selbstständiger werden könnten. Es gab Patienten, die nur zu einem Thema beraten wurden, und andere, denen zwei oder drei Versorgungsvorschläge gemacht wurden. "Essen auf Rädern" sowie "Private Haushaltshilfe" wurde keinem Patienten empfohlen.

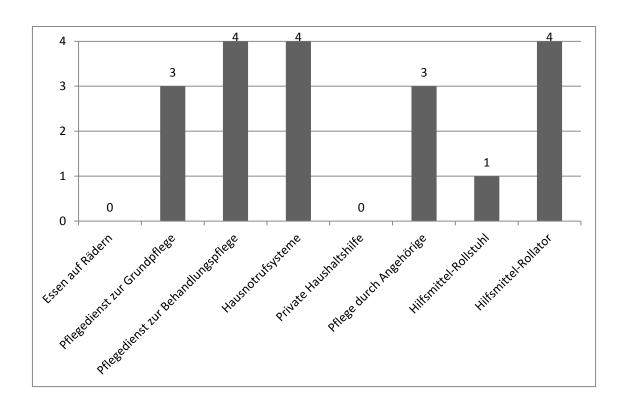


Abbildung 3: Empfehlungen zur Alltagsunterstützung (t2)

Zehn Patienten (20 %) konnten sich daran erinnern, dass der Sozialdienst mit ihnen über eine Unterstützung im Alltag gesprochen hat. Einer (2 %) verneinte dies zuerst, konnte sich aber auf Nachfrage wieder erinnern. 35 (71 %) verneinten diese Frage, obwohl von diesen laut Sozialdienst zwei weiteren Empfehlungen ausgesprochen wurden. Es muss berücksichtigt werden, dass ein Familienangehöriger in diesem Fall die Fragen während des Telefoninterviews beantwortet hat und somit nicht am Gespräch mit dem Sozialdienst in der Klinik beteiligt gewesen war (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Unterstützung im Alltag

	t2		t3	
Unterstützung im Alltag empfohlen?	n	Prozent	n	Prozent
Ja [davon auf Nachfrage]	13	27 %	11 [1]	22 %
Nein	36	74 %	35	71 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

Anmerkung: Wegen Rundungen sind in der Summe nicht genau 100% erreicht.

Je zwei Patienten (8 %) gaben an, dass ein ambulanter Pflegedienst die Grund- bzw. Behandlungspflege übernehmen sollte. Ein Patient hat sowohl die Grund- als auch Behandlungspflege in Anspruch genommen und ist mit dieser Dienstleistung zufrieden. Ein weiterer hat auch mit dem ambulanten Dienst zur Behandlungspflege gute Erfahrungen gemacht.

Ein Problem zeigte sich bei einem Patienten, der sich für die Grundpflege von einem mobilen Pflegedienst unterstützen lassen sollte. Zum Zeitpunkt des Telefonats kam ein Pflegedienst, um beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe zu helfen. Diese Kosten wurden von der Krankenkasse übernommen, jedoch nur für eine gewisse Zeit. Danach müssten die Kosten selbst getragen werden, da der Überleitungsantrag abgelehnt wurde. Dem Patienten fehlen dafür die finanziellen Mittel.

Vier (8 %) bestätigten, dass der Sozialdienst ihnen ein Hausnotrufsystem empfohlen habe. Zwei konnten dies bereits umsetzen, einer hatte sich Informationsmaterial geben lassen und möchte dies bald einrichten lassen und einer wusste nicht, an wen er sich wenden musste, und hatte dies somit nicht in seinem Haushalt etabliert.

Bei drei Patienten (6 %) stand die Übernahme der Pflege durch Angehörige im Vordergrund. Auf Nachfrage berichteten alle, dass sich ihre Familienangehörigen um sie kümmern und sie unterstützten. Die fünf Patienten (10 %), denen ein Rollator bzw. ein Rollstuhl angeraten wurde, konnten sich alle daran erinnern und nutzten diese Hilfsmittel bereits zum Zeitpunkt der Befragung.

5.2.4 Finanzielle Entlastung

Die meisten der Probanden, nämlich 40 (82 %), wurden nach Angaben des Sozialdienstes (t2) dahingehend beraten, sich finanziell entlasten zu lassen, indem sie einen Antrag auf Einstufung oder Neueinstufung zum Grad der Behinderung stellten. Alle weiteren Entlastungsmöglichkeiten wie "Angebot der Tafel", "Zuzahlungsbefreiung für Me-

dikamente", "Wohngeld" sowie "Grundsicherung im Alter" wurden nicht mit den Patienten besprochen.

Zum Thema finanzielle Entlastung wussten 18 Patienten (37 %) sofort und weitere 13 (27 %) nach nochmaliger Nachfrage Bescheid darüber, dass sie dazu eine Beratung erhielten. 15 (31 %) verneinten diese Frage; bei sechs von diesen 15 Patienten (12 %) hatte der Sozialdienst im Fragebogen t2 notiert, dass über die Einstufung oder Neufeststellung zum Grad der Behinderung gesprochen worden sei (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Finanzielle Unterstützung

	t2		t3	
Finanzielle Unterstützung empfohlen?	n Prozent		n	Prozent
Ja [davon nach Rücksprache]	40	82 %	31 [13]	63 %
Nein	9	18 %	15	31 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

5.3 Vom Sozialdienst vorbereitete Anträge

Der Sozialdienst befasste sich auch mit der Beratung bzw. Ausarbeitung von Anträgen für die Patienten. Dies waren die Bearbeitung des Überleitungsantrags auf Pflegestufe, Antrag auf Pflegegeld sowie der Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung.

5.3.1 Überleitungsantrag auf Pflegestufe

Bei drei (6 %) Patienten notierte der Sozialdienst, dass er einen Überleitungsantrag auf Pflegestufe gestellt hat.

Im Telefoninterview (t3) antworteten vier (8 %), dass bei ihnen ein solcher Antrag gestellt wurde (Tabelle 11). Drei Anträge wurden abgelehnt und einem wurde der Antrag auf Pflegestufe 1 zugestimmt.

Tabelle 11: Überleitungsantrag auf Pflegestufe

	t2		t3	
Überleitungsantrag auf Pflegestufe gestellt?	n	Prozent	n	Prozent
Ja	3	6 %	4	8 %
Nein	46	94 %	42	86 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

5.3.2 Antrag auf Pflegegeld

Drei Patienten (6 %), deren Familien die Pflege übernehmen wollten, wurden dazu beraten, einen Antrag auf Pflegegeld zu stellen. Davon wurde einem Patienten der Antrag für die Krankenkasse ausgehändigt und dessen Bearbeitung erfolgte selbstständig durch ihn. In den anderen beiden Fällen wurde der Antrag mit dem Sozialdienst in der Rehaklinik ausgefüllt und direkt von dort verschickt. Alle drei Patienten (6 %) hatten sich an diesen Antrag auf Pflegegeld erinnert (Tabelle 12).

Es stellte sich heraus, dass bei einem Patienten der Antrag zwischenzeitlich genehmigt wurde, bei einem anderen jedoch abgelehnt wurde. Der Patient, der den Antrag selbstständig bearbeiten sollte, hatte diesen bis zum Zeitpunkt des Telefoninterviews noch nicht bei der Krankenkasse eingereicht.

Tabelle 12: Antrag auf Pflegegeld

	t2		t3	
Antrag auf Pflegegeld besprochen?	n	Prozent	n	Prozent
Ja	3	6 %	3	6 %
Nein	46	94 %	43	88 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

5.3.3 Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung

Bei Neudiagnosen oder nach Operationen kann sich der Gesundheitszustand erheblich verändern bzw. verbessern. Dieser Zustand muss über sechs Monate anhalten, um einen entsprechenden Antrag stellen zu können. Aus diesem Grund riet der Sozialdienst erst nach Ablauf dieser Zeit zur Antragstellung und beriet in solchen Fällen nur zu diesem Thema, denn Anträge können vor diesem Zeitpunkt trotz faktischen Einschränkungen abgelehnt werden. Wie schon unter Punkt 5.2.4 zu sehen, wurden 40 Patienten (82 %) zu dem Thema "Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung" beraten. Davon erhielten sieben eine Beratung in der Klinik, es erfolgte aber keine Mitgabe des Antrags. Einem wurde der Antrag zur selbstständigen Bearbeitung mit nach Hause gegeben. Mit zwei weiteren wurde der Antrag vorbesprochen, er wurde ihnen dann mitgegeben und die Patienten sollten ihn selbst abschicken. Der Sozialdienst hatte bei 30 den Antrag direkt bearbeitet und danach aus der Rehaklinik verschickt (Tabelle 13).

Tabelle 13: Antrag auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung t2

	Fragebogen 2 (t2)
Nein	9 (18 %)
Beratung in der Klinik ohne Antragsmitgabe	7 (14 %)
Aushändigung des Antrags zur selbstständigen Bearbeitung	1 (2 %)
Vorbesprechung ohne Abschicken des Antrags	2 (4 %)
Direkte Bearbeitung und Verschicken des Antrags	30 (61 %)
Summe	49

Insgesamt erinnerten sich bei der telefonischen Nachbefragung 32 (65 %) Patienten an die Beratung über dieses Thema, darunter ein Patient, der laut Sozialdienst-Angaben zu t2 nicht dazu beraten wurde, und einer (2 %), der sich nach Rückfrage wieder daran erinnert hat. 14 (29 %) verneinten dies, von diesen wurden laut Sozialdienst jedoch sechs zur Feststellung bzw. Erhöhung des Grades der Behinderung beraten (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Antrag auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung t3

	t2		t3	
Antrag besprochen bzw. gestellt?	n	Prozent	n	Prozent
Ja [davon nach Nachfrage]	40	82 %	32[1]	65 %
Nein	9	18 %	14	29 %
Missing	0		3	6 %
Summe	49		49	

Bei den sieben Patienten, die nur eine Beratung erhielten, wurde ein Antrag genehmigt. In einem Fall hatte ein Patient bereits im Januar 2015 einen Antrag abgegeben, dieser war aber zweimal abgelehnt worden. Daraufhin hatte der Sozialdienst den Antrag überarbeitet und direkt an die Behörde weitergeleitet, woraufhin ein Grad der

Behinderung von 70 genehmigt wurde. Zwei von diesen sieben Patienten konnten sich nicht an das Gespräch mit dem Sozialdienst erinnern. Die restlichen vier entschieden sich nach der Beratung gegen eine Antragstellung.

Einer der Patienten, mit dem der Antrag besprochen und der ihm anschließend mitgegeben worden ist, gab an, dass er den Antrag auf Anraten des Sozialdienstes erst in einem viertel Jahr weiterleiten sollte. Der andere hatte den Antrag nicht abgeschickt.

Der Patient, der den Antrag selbst bearbeiten wollte, hatte nicht am Telefoninterview teilgenommen, so dass dazu die Daten fehlen.

Folgende Gründe wurden für die mangelnde Umsetzung genannt (Mehrfachnennung möglich):

- Kein Interesse (einmal)
- Zu hoher Aufwand zum Ausfüllen des Antrags (einmal)
- Hohe Wahrscheinlichkeit der Ablehnung des Antrags (zweimal)
- Es besteht bereits eine Schwerbehinderung mit einem GdB von 60 und Patient wünscht keine Erhöhung (zweimal)
- Es erfolgte nur eine Beratung dazu, aber keine Antragstellung (zweimal)
- Keine Angabe von Gründen (einmal)

Von den aus der Rehaklinik verschickten Anträgen wurden drei abgelehnt, sieben genehmigt und 18 Patienten hatten bis zum Zeitpunkt der Nachfrage noch keine Antwort von der Behörde erhalten (Tabelle 15). Bei den fehlenden zwei Anträgen, die direkt von der Klinik verschickt worden waren, konnte der weitere Verlauf nicht geklärt werden, da die Teilnehmer das Telefoninterview ablehnten. Die Einstufungen der Behinderung beliefen sich auf Grade zwischen 40 und 90.

Tabelle 15: Genehmigungen der Anträge auf Feststellung/ Erhöhung des Grades der Behinderung (laut Eigenangabe zu t3)

	Ja [davon nach Rückfrage]	Nein	Noch keine Antwort erhalten	Missing
Antrag gestellt bzw. mit Ihnen bespro- chen?	32 [1]	14	-	3
Antrag vom Sozial- dienst ausgehändigt?	2	30	-	
Antrag an Behörde weitergeleitet?	0	2	-	
Antrag genehmigt?	8*	3	18	2

^{*} inklusive des Antrags eines Patienten, der laut Sozialdienst nur eine Beratung erhielt. Es handelte sich um einen Antrag, der bereits zweimal abgelehnt wurde und den der Sozialdienst aus der Klinik nochmals abgeschickt hat.

5.4 Zusammenfassung der Empfehlungen und ihrer Umsetzung

Es zeigte sich, dass der Sozialdienst die Empfehlung "Umzug in eine andere Wohnung" nicht aussprechen musste, da die Patienten soweit gut versorgt waren. Bei einigen Patienten war es im Rahmen ihrer Erkrankung dazu gekommen, dass sie auf die Hilfe von anderen bzw. auf technische Hilfsmittel angewiesen waren und somit entsprechende Vorschläge zur Verbesserung ihrer neuen Lebenssituation bekamen. Die Rubrik "Umstellung der Lebensgewohnheit" wurde oft thematisiert, da die Patienten durch körperliche Betätigung vorbeugen können. Des Weiteren waren manche in einem körperlichen Allgemeinzustand, dass sie Anspruch auf eine finanzielle Entlastung hatten, im Sinne einer Einstufung zum Grad der Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bestand.

Tabelle 16 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Erinnerungsrate aller Empfehlungen, die der Sozialdienst an die Rehabilitanden ausgesprochen hat.

Tabelle 16: Erinnerungsrate an Empfehlungen des Sozialdienstes

Empfehlungen des Sozialdienstes	Anzahl der Patienten, die Empfehlungen erhielten* (t2)	Ja, wurde be- sprochen [davon nach Rückfrage] (t3)	Nein, erfolgte nicht (t3)
Umzug in andere Wohnung	0	0	46
Umstellung der Lebensgewohnheit	30	25 [3]	21
Rehasport	1	1	45
Herzsportgruppe	29	24	22
Unterstützung im Alltag	13	11 [1]	35
Essen auf Rädern	0	0	46
Ambulanter Pflegedienst zur Grund- pflege	3	2	44
Ambulanter Pflegedienst zur Behand- lungspflege	4	2	44
Hausnotrufsystem	4	4	42
Private Haushaltshilfe	0	0	46
Übernahme Pflege durch Angehörige	3	3	43
Rollstuhl	1	1	45
Rollator	4	4	42
Finanzielle Entlastung	40		
Angebot der "Tafel" empfohlen	0	0	46
Zuzahlungsbefreiung für Medikamen- te empfohlen	0	0	46
Antrag auf Einstufung zum GdB emp- fohlen	40	31 [13]	15
Wohngeld empfohlen	0	0	46
Grundsicherung im Alter empfohlen	0	0	46
Überleitungsantrag auf Pflegestufe	3	4	42
Antrag auf Pflegegeld	3	3	43
Antrag auf Einstufung zum GdB gestellt	40	32 [1]	14

^{*} Bei den Hauptkategorien wird die Anzahl der Patienten, die Empfehlungen erhielten, notiert. Einzelne Patienten haben aber mehrere Empfehlungen zu den Unterkategorien erhalten.

5.5 Weitere Veränderungen nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik

Zwei weitere Fragen befassten sich mit weiteren Veränderungen im Anschluss an den Reha-Aufenthalt.

Auf die Frage, ob sich etwas Grundsätzliches in ihrem Leben nach der Rehaklinik geändert hätte, antworteten fünf Patienten (10 %) mit "ja". Dabei wurden folgende Antworten gegeben:

- Patient wohnt momentan im Keller seines Hauses, da er durch den Rollstuhl nicht mehr in die Wohnung im 1. Stock kann. Jeden Morgen kommt seine Tochter vorbei, um ihm das Frühstück zu bringen. Er fühlt sich abhängig von seinen zwei Töchtern und es ist ihm sehr unangenehm, ihnen "zur Last zu fallen".
- Patientin erhält Unterstützung durch den Ehemann und die Tochter.
- Ehepartner hilft im Haushalt mit.
- Pflegedienst kommt t\u00e4glich zum Verbandswechsel, einmal pro Woche zum Tabletten richten und dreimal pro Woche kommt eine Haushaltshilfe.
- Neffe bringt t\u00e4glich Essen vorbei und es erfolgt die Unterst\u00fctzung durch einen Pflegedienst.

Auf die Frage, ob sie unabhängig von den Empfehlungen des Sozialdienstes noch weitere Veränderungen in ihrem Leben vorgenommen haben, machten 13 Patienten (27 %) Angaben. Darunter wurde folgendes genannt (Mehrfachnennung möglich):

- Sich gesünder und fettarmer zu ernähren (fünfmal)
- Mehr Sport zu treiben (dreimal)
- Weniger zu arbeiten
- Sich jeden Tag Essen auf Rädern vom ASB liefern zu lassen
- Diätberatung in Anspruch zu nehmen (Diabetiker)
- Schwiegertochter kochte Essen
- Dinge gelassener zu sehen und alles ruhiger anzugehen

• 400 Euro Job musste aufgrund gesundheitlicher Probleme aufgegeben werden (jetzt lag die Rente bei 380 Euro ohne Nebentätigkeit)

5.6 Untersuchung von Einflussfaktoren

Bei der Suche nach möglichen Einflussfaktoren wurden Zusammenhänge mit vier Variablen/Bereichen geprüft:

- Geschlecht
- Lebensalter
- Barthel-Index bei Entlassung
- Lebensverhältnisse

Angesichts der kleinen Stichprobe von Probanden, für die die jeweiligen Datensätze bei den verschiedenen Fragen vollständig verwertbar vorlagen, bestand hier nur eine geringe Chance auf signifikante Ergebnisse.

5.6.1 Geschlecht

Das Geschlecht der Rehabilitanden erwies sich nicht als signifikanter Moderator bei der Zielvariable ,Teilnahme am Sportprogramm' und ,Genehmigung von gestellten Anträgen zur Einstufung und/oder Erhöhung des Grades der Behinderung'.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Empfehlung zur Unterstützung im Alltag fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (Kendall-Tau-b= -0,390, p= 0,046, n=12). Während alle Männer angaben, dass sie die entsprechenden Empfehlungen umgesetzt hatten, waren es bei den Frauen nur etwas mehr als die Hälfte.

5.6.2 Lebensalter

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Teilnahme an Sportprogrammen festgestellt werden.

Die Umsetzung der Empfehlungen zur Unterstützung im Alltag ergaben einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter (Kendall-Tau-b= -0,377, p= 0,046). Die Empfehlungen wurden von jüngeren Patienten häufiger umgesetzt.

Es zeigte sich, dass zum Nachbefragungszeitpunkt die Anträge der über 75-Jährigen zur Einstufung bzw. Erhöhung des Grades der Behinderung in etwa 1/3 der Fälle genehmigt worden waren (5 von 14). Auch im Alter zwischen 71 und 75 wurden 1/3 (3 von 9) genehmigt. Bei den "Jüngeren" (65 bis 70 Jahre alt) gab es noch keinen Bescheid.

5.6.3 Barthel-Index bei Entlassung

Es ist kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar zwischen dem Barthel-Index bei Entlassung einerseits und andererseits der Sportteilnahme (exakter Mann-Whitney-U-Test: U= 17.000, p= 0.724) und der Unterstützung im Alltag (exakter Mann-Whitney-U-Test: U= 1.000, p= 0,400). Der Barthel-Index zum Entlasszeitpunkt steht auch nicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Anträge zur Feststellung oder Erhöhung des GdB (exakter Mann-Whitney-U-Test: U= 7.500, p= 0,376).

5.6.4 Lebensverhältnisse

Zur Berechnung wurden die Angaben der Lebensverhältnisse (erhoben zum Zeitpunkt t2 in drei unabhängigen Variablen: selbstständig, verheiratet, Zusammenleben mit Familienangehörigen) mit weiteren, zum Zeitpunkt t3 (Telefoninterview) Variablen verwendet und auf Zusammenhänge hin geprüft. Hier fanden sich kein signifikanter Zusammenhang mit den Variablen "Teilnahme am Sportprogramm" (selbstständig: $\chi^2(2) = 0.452$, p = 0.798; verheiratet: $\chi^2(2) = 0.452$, p = 0.798; Zusammenleben mit Fami-

lienangehörigen: $\chi^2(2)$ = 1,676, p= 0,433) ,Unterstützung im Alltag' (selbstständig: $\chi^2(2)$ = 1,111, p= 0,574; verheiratet: $\chi^2(2)$ = 1,111, p= 0,574; Zusammenleben mit Familienangehörigen: $\chi^2(2)$ = 0,800, p= 0,670) und ,Genehmigung von gestellten Anträgen zur Einstufung und/oder Erhöhung des Grades der Behinderung' (selbstständig: $\chi^2(2)$ = 0,35, p= 0,983; verheiratet: $\chi^2(2)$ = 1,99, p= 0,905; Zusammenleben mit Familienangehörigen: $\chi^2(2)$ = 0,398, p= 0,820).

6 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde für eine Kohorte von 49 älteren Rehabilitanden dokumentiert, welche Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation durch den Sozialdienst der Rehabilitationsklinik gegeben wurden. Sodann wurde in einer Nachbefragung ca. acht Wochen nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik erhoben, wie diese Empfehlungen im Anschluss an die Rehabilitation umgesetzt wurden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zusammengefasst, unter methodischem Blickwinkel diskutiert, inhaltlich bewertet und in Zusammenhang mit der aktuellen klinischen Forschung gebracht. Zum Schluss erfolgt ein Ausblick für die Praxis und weitere zukünftige Forschungserfordernisse.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie soll einen explorativen Einblick geben, inwieweit ältere Rehabilitanden sich nach ihrer Entlassung um die Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen des Sozialdienstes bemühen bzw. welchen Umsetzungserfolg die vom Sozialdienst gestellten bzw. vorgeschlagenen Anträge für die Patienten haben. Während der Rekrutierungsphase in der Rehabilitationsklinik hatten 247 der insgesamt 767 Patienten, die über 65 Jahre waren, einen Termin beim Sozialdienst, d.h. 32 %. In einer Studie von Gülich et al. zeigte sich, dass die Sozial- und Berufsberatung während einer Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten eher weniger genutzt wird. Dieses Angebot wurde nur von 12,3 % der 2.438 Patienten in Anspruch genommen, jedoch war das Patientenkollektiv mit durchschnittlich 49,9 Jahren auch wesentlich jünger als in der vorliegenden Studie (Gülich et al. 2003).

Insgesamt nahmen 49 Patienten an der Studie teil. Von diesen Patienten konnten 42 (86 %) Fragebögen zum Barthel-Index zum Entlasszeitpunkt (t2) ausgewertet werden und bei allen 49 Teilnehmern erfolgte eine Auswertung der Fragebögen des Sozialdienstes (t2). Am Telefoninterview zur Nachbefragung (t3) nahmen insgesamt 46

(94 %) Patienten teil, von diesen übernahm in einem Fall ein Angehöriger die Beantwortung der Fragen anstelle des Patienten selbst. Angesichts der kleinen Stichprobe von Probanden, für die die jeweiligen Datensätze bei den verschiedenen Fragen vollständig verwertbar vorlagen, bestand hier nur eine geringe Chance auf signifikante Ergebnisse. Es fanden sich dementsprechend nur wenige positive Befunde.

Die Zielsetzung der Studie lag vor allem darin, herauszufinden, in welchem Umfang die Empfehlungen des Sozialpädagogen bis zur Nachbefragung umgesetzt wurden. Des Weiteren wurde untersucht, inwieweit es Variablen gibt, die die Umsetzung der sozialdienstlichen Empfehlungen und den weiteren Verlauf nach der Rehabilitation beeinflussen.

Aus diesen Gründen wurden neben den erfassten Empfehlungen zur Nachsorge zusätzlich soziodemographische Daten der Probanden erhoben, um mögliche Einflussgrößen auf die Umsetzung der Nachsorgemaßnahmen zu ermitteln. Darunter fielen Geschlecht und Alter der Patienten, familiäre Konstellation und häusliches Umfeld.

Soziodemographische Daten. Der Anteil der weiblichen Probanden mit 61 % (n=30) entspricht in etwa der Bevölkerungsverteilung in Deutschland für das Jahr 2013 in der entsprechenden Altersgruppe. Im Alter von über 65 Jahren gab es 2013 57 % Frauen und 43 % Männer (Statistisches Bundesamt 2015, S. 5). Frauen nehmen zudem etwas häufiger Rehabilitationsleistungen in Anspruch (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014, S. 6).

Die Anzahl der weiblichen Studienteilnehmer von 61 % ist mit den Ergebnissen einer Umfrage von Schubert et al. (2011) vereinbar. Diese zeigte, dass es im Jahre 2004 eine geschlechtsspezifische Altersdifferenzierung der Rehabilitanden gab, mit einem höheren Frauenanteil bei Rehabilitanden mit fortschreitendem Lebensalter. In der Altersgruppe zwischen 65-75 Jahren lag er bei 54,5 %, bei den über 75-jährigen bei 70,5 % (Schubert et al. 2011).

6.1.1 Empfehlungen des Sozialdienstes

Die Zusammenstellung der Empfehlungen des Sozialdienstes beruht auf der Auswertung der Fragebögen 2 (t2). Dabei ergaben sich folgende Häufigkeiten: "Umstellung der Lebensgewohnheiten" 30 Empfehlungen (61 %), darunter einmal "Teilnahme an einem Sportprogramm (Rehasport)" und 29 mal "Teilnahme an der Herzsportgruppe", 13 Patienten (27 %) erhielten eine Empfehlung zur "Unterstützung im Alltag", wobei "Ambulanter Pflegedienst zur Grundpflege" dreimal (6 %), "Ambulanter Pflegedienst zur Behandlungspflege" viermal (8 %), "Hausnotrufsysteme" viermal (8 %), "Übernahme der Pflege durch Angehörige" dreimal (6 %), "Hilfsmittel-Rollstuhl" einmal (2 %) und "Hilfsmittel-Rollator" viermal (8 %), "Essen auf Rädern" und "Private Haushaltshilfe" wurden keinem Patienten empfohlen. 40 Patienten (82 %) erhielten die Empfehlung "Finanzielle Entlastung" im Sinne eines "Antrags auf Feststellung bzw. Einstufung zum Grad der Behinderung". Es erfolgte keine Beratung zu den folgenden anderen Optionen: "Angebot der Tafel wahrnehmen", "Zuzahlungsbefreiung für Medikamente", "Wohngeld" und "Grundsicherung im Alter" und "Umzug in eine andere Wohnung/Einrichtung". Es wurden je drei Überleitungsanträge auf Pflegestufe und Anträge auf Pflegegeld gestellt.

Es zeigte sich zusammengenommen, dass bei einer erheblichen Teilgruppe der Rehabilitanden im Alter jenseits der 65 substantielle Beratungen erfolgt sind, die die weitere Lebensführung betrafen und von großer Bedeutung für die Möglichkeit zur Fortführung von in der Rehabilitation gelernten Verhaltensänderungen sein dürften. Im Vordergrund standen dabei die alltägliche Unterstützung durch Hilfe von außen wie Pflegedienstleistungen oder auch Hilfsmittel zur Beibehaltung der körperlichen Aktivität wie ein Rollator. Außerdem war bei der Mehrheit der Patienten die Voraussetzung gegeben, dass durch Präventionsmaßnahmen wie Teilnahme an Sportprogrammen die Möglichkeit besteht, dass einem sekundären Ereignis (Rückfall oder Zustandsverschlechterung) vorgebeugt werden kann. Im hier untersuchten Patientenkollektiv war die finanzielle Entlastung im Sinne eines "Antrags auf Feststellung bzw. Einstufung zum Grad der Behinderung" die am häufigsten ausgesprochene Empfehlung.

6.1.2 Umsetzung der Empfehlungen des Sozialdienstes: Auswertung des Telefoninterviews

In diesem Abschnitt sollen spezielle Ergebnisse in Bezug auf die Umsetzung der einzelnen verordneten Nachsorgeempfehlungen dargestellt werden. Insgesamt gesehen wurden viele Empfehlungen bis zum Zeitpunkt der Befragung als umgesetzt angegeben. Häufige Empfehlungen, wie z.B. die Teilnahme an der Herzsportgruppe, wurden mit einer Quote von > 60 % bereits umgesetzt bzw. die baldige Umsetzung sollte erfolgen.

Der erhebliche Anteil von 40 % der Rehabilitanden, die zum Zeitpunkt der Nachbefragung erklärt haben, dass sie die Umsetzung fest planen, weist darauf hin, dass der Anteil der tatsächlichen Umsetzung der Empfehlungen vermutlich doch kleiner ist, zumal neue Alltagsgewohnheiten, wie regelmäßige Sportgruppenteilnahme, im höheren Lebensalter im täglichen Leben sicher auf zahlreiche Hindernisse und innere Widerstände treffen werden.

Über die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen bei erwerbsfähigen, also jüngeren Rehabilitanden gibt es eine Studie (RENA-Studie bei Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung; Gerdes et al. 2004), die aufzeigt, inwieweit die Empfehlungen aus der Rehaklinik umgesetzt wurden und wie lange die in der Rehabilitation erzielten gesundheitlichen Verbesserungen nach der Entlassung aufrechterhalten werden können. Bei der Nachbefragung, die neun Monate nach Entlassung stattfand, gaben je 26 % der Befragten an, dass der Erfolg der Reha sechs Monate bzw. bis zum Befragungszeitpunkt anhielt. Zur Frage, inwieweit die Empfehlungen umgesetzt wurden, antworteten 23 % "voll und ganz", 71 % "teilweise" und 6 % "gar nicht". Je nach Empfehlung gab es unterschiedliche Erfolgsquoten. Der Empfehlung zum Reha-Sport kamen bei Gerdes et al. (2004) nur 25 % nach.

Zur Teilnahme am Sportprogramm erklärten in der vorliegenden Nachbefragung 5 von 30 Probanden mit einer entsprechenden Empfehlung (also 17 %), dass sie bereits an einem empfohlenen Sportprogramm teilnehmen, weitere 12 Probanden (40 %) gaben

an, dass sie die Teilnahme am Sportprogramm fest vorhaben. Wenn man die 57 % als positive Antworten annimmt, dann würde man ein besseres Ergebnis haben als in der RENA-Studie (Gerdes et al., 2005). Sicher wird es aber bei den Antwortenden mit den guten Vorsätzen nicht in allen Fällen gelingen diese umzusetzen und einige Antworten werden auch aufgrund sozialer Erwünschtheit erfolgt sein. Somit dürfte der Anteil derjenigen, die schließlich am Sportprogramm teilnehmen werden, vermutlich irgendwo zwischen beiden Werten 17 % und 57 % liegen.

Von den 13 Patienten in der vorliegenden Studie, die sich im Alltag unterstützen lassen sollten, berichteten neun, dass sie dies zum Zeitpunkt der Nachbefragung bereits in den Alltag integriert hätten. Wegen der niedrigen Grundrate der Einzelempfehlungen sollte hier jedoch nur vorsichtige Verallgemeinerungen vorgenommen werden. In der RENA-Studie (Gerdes et al. 2004) erfolgte bei 12 % der Patienten eine Empfehlung zu Heil- bzw. Hilfsmitteln. Dies ist vergleichbar mit der vorliegenden Studie, in der bei 10 % eine derartige Unterstützung empfohlen wurde (Rollator/ Rollstuhl), die von allen diesen Rehabilitanden auch umgesetzt wurde.

Als Störfaktor der Nachbefragung (t3) könnte sich das Phänomen der sozialen Erwünschtheit beim Interview auswirken. Diese Verzerrung bedeutet, dass die Befragten möglicherweise nur vorgaben, die Empfehlungen seien bereits realisiert worden bzw. seien in Planung, auch wenn dies nicht der Wahrheit entspricht, weil sie vermuten, dass der Interviewer diese Antwort erwartet/erhofft. Die Größe dieses Störeffektes kann nicht abgeschätzt werden, er ist aber bei den älteren Probanden dieser Studie vermutlich größer als bei den deutlich jüngeren Rehabilitanden der DRV.

Bis zur Nachbefragung nach acht Wochen wurde bei 7 von 30 Probanden (23 %) angegeben, dass die Anträge auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) inzwischen bewilligt seien. 18 von 30 Anträgen (60 %) der Anträge waren bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung noch nicht entschieden und 3 von 30 Anträgen (10 %) waren bereits abgelehnt (vgl. Tabelle 15). Da die Nachbefragung nach acht Wochen erfolgte, ist zu erwarten, dass die übrigen Anträge in den Folgemonaten entschieden wurden, und es ist möglich, dass sich die Quote der positiven/negativen Entschieden

scheidungen verändert. Laut einer persönlichen Mitteilung eines Mitarbeiters des Versorgungsamtes Bayern ("Zentrum Bayern Familie und Soziales") wurde im Jahr 2015 prozentual über Erstanträge wie folgt entschieden:

- GdB-Feststellung von ≥ 50 ca. 49%
- GdB-Feststellung 20-40 ca. 42%
- Ablehnung, d.h. GdB < 20 ca. 9%

Der Anteil der abgelehnten Anträge in der vorliegenden Stichprobe (3 von 10 bereits beschiedenen Anträgen) entspricht dieser Quote, allerdings ist die Fragestellung auch nicht ganz vergleichbar, weil in unserer Studie Anträge auf Neufestsetzung mit Erstanträgen zusammengefasst wurden.

In dieser Studie zeigt sich ein recht positives Ergebnis im Hinblick auf die Erinnerungsrate der Patienten acht Wochen nach dem Gespräch mit dem Sozialdienst. Die Probanden konnten sich an die meisten ausgesprochenen Empfehlungen erinnern oder konnten dies zumindest im Verlauf des Telefoninterviews. Es ergab sich im Hinblick auf die Erinnerungsrate der ausgesprochenen Empfehlungen ein Wert von über 80 %. Bei den Empfehlungen "Rehasport", "Hausnotrufsystem", "Übernahme Pflege durch Angehörige", "Rollstuhl", "Rollator", "Überleitungsantrag auf Pflegestufe" und "Antrag auf Pflegegeld" lag die Erinnerungsrate bei 100 %.

Eine Ausnahme stellten die Empfehlungen zur "Finanziellen Entlastung" dar. Wenn der Patient konkret danach gefragt wurde, ob es diesbezüglich Beratungsvorschläge gab, antworteten daraufhin 37 % sofort mit "ja". Verständlich wird dies, weil sich zeigte, dass ein "Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung" für die Patienten im ersten Moment keine finanzielle Entlastung bedeutet. Jedoch erwies sich bei direkter Nachfrage, ob ein "Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung" gestellt oder mit dem Probanden besprochen wurde, eine höhere Quote von 63 %. Durch die geringe Fallzahl in dieser Studie ist es schwierig, die Ursachen für die teilweise geringe Erinnerungsquote zu eruieren. Es ist möglich, dass der Sozialdienst im Fragebogen den Punkt "Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung beantragen" unter "Finanzielle Entlastung" nur ergänzend ankreuzt

und der Patient somit diesen Antrag nicht unter dem Aspekt "Finanzielle Entlastung" einordnet (oben genannte Ergebnisse werden in Tabelle 16 zusammengefasst).

Es ist natürlich wichtig, dass die Kommunikation zwischen Rehabilitand und Sozialdienst einwandfrei funktioniert, damit die übermittelte Information vom Patienten
verstanden wird und er diese nach seiner Entlassung in seinem gewohnten Umfeld
umsetzen kann. Der Patient selbst entscheidet darüber, ob er die angebotene Hilfe
und die Vorschläge zur Verbesserung seiner Gesundheit annimmt oder ob er der Meinung ist, nicht auf die Unterstützung angewiesen zu sein, und nichts an seiner Lebensgewohnheit ändert. Jedoch ist es unwahrscheinlich, dass er etwas in seinem Leben
ändern wird, wenn er entsprechende Empfehlungen oder ihre Bedeutung nicht verstanden hat. In dieser Studie zeigt sich dazu ein recht positives Ergebnis. Die Probanden konnten sich an die meisten ausgesprochenen Empfehlungen spontan erinnern
oder konnten dies zumindest im Verlauf des Telefoninterviews.

Angaben zum sozialen Umfeld. Es gab eine leichte Diskrepanz bezüglich der Angaben zur Wohnsituation, wobei drei Nichtteilnehmer berücksichtigt werden müssen. In der Nachbefragung (t3) gaben zwei Patienten mehr als im Fragebogen 2 (t2) an selbstständig zu leben und insgesamt unterschied sich die Angabe zur häuslichen Versorgung durch Familienangehörigen bei vier Patienten in Bezug darauf, dass sie nicht mit Familienmitgliedern zusammenleben.

Es ist möglich, dass das Befragungsitem "Versorgung zu Hause – mit Familienangehörigen" nicht konkret genug definiert war. Zum einen kann der Rehabilitand dies so verstanden haben, dass sich die Familie um ihn kümmert, obwohl diese nicht mit der Person im selben Haus wohnt. Im Telefoninterview (t3) wurde dieser Punkt nur mit "ja" bewertet, wenn das Familienmitglied entweder in derselben Wohnung oder im selben Haus in einer eigenen Wohnung gewohnt hat.

Angaben zur Wohnsituation. Es gibt einige weitere Abweichungen in den Angaben "Wohnsituation" und "Barrierefreiheit" im Fragebogen zu t2 und in der Nachbefragung

(t3) – sie erklären sich aus dem etwas unterschiedlichen Frageformat (vgl. Tabelle 6 und 7).

Die größte Schwankung zeigte sich bei der Frage nach der Barrierefreiheit des Hauses. Laut Auswertung der Fragebogen des Sozialdienstes (t2) besaßen 33 ein eigenes Haus, das von 21 als barrierefrei angegeben wurde. Beim Telefoninterview (t3) gaben nur neun Rehabilitanden an, dass ihr Eigenheim barrierefrei ist (siehe Tabelle 7). Es ist denkbar, dass der Sozialdienst nach Barrierefreiheit "ja" oder "nein" gefragt hat und der Patient dies ohne genau darüber nachzudenken beantwortet hat. Im Telefoninterview (t3) wurde dagegen ersichtlich, dass viele Patienten diesen Begriff nicht richtig verstanden hatten. Oft gab es hier beispielsweise die Antwort "Ja" und auf Nachfrage, ob es bis zum Eingang keine Treppen gibt oder das Haus behindertengerecht ist, wurde dies verneint. Somit war die Barrierefreiheit also nicht gegeben. Es zeigt sich, dass dieses Befragungsitem nicht konkret gestellt war und es zu Missverständnissen bei den Patienten kam.

Obwohl diese Items/Fragen zur Wohnsituation also auf objektive Sachverhalte Bezug nehmen, werden sie dennoch (zwischen t2 und t3) unterschiedlich beantwortet. Somit ist es möglich, dass es auch bei anderen Items zu psychologisch bedingten Falschaussagen z.B. aufgrund sozialer Erwünschtheit gekommen sein dürfte.

Umstellung der Lebensgewohnheiten. Zu diesem Thema gab es bei 30 Patienten entsprechende Empfehlungen. Darunter einmal die allgemeine Teilnahme an Sportprogrammen wie Rehasport und 29-mal die Teilnahme an einer Herzsportgruppe.

Der eine Patient mit Empfehlung zum Rehasport hat dies bereits acht Wochen nach seiner Entlassung begonnen, wie er angab. Bei den Probanden mit Empfehlung zur Teilnahme an der Herzsportgruppe zeigte sich, dass nur fünf bereits teilnahmen und zwölf baldmöglichst damit anfangen wollten. Dabei muss beachtet werden, dass es sich bei den Angaben zur Umsetzung des sportlichen Engagements um Selbstangaben handelt und diese unter Umständen dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit im Interview unterliegen könnten.

Der Sozialdienst bemühte sich, im Hinblick auf Sekundärprävention, z.B. nach Herzinfarkt oder Stent-Einlage, die Patienten zu informieren. Er machte darauf aufmerksam, dass durch die Teilnahme z.B. an einer Herzsportgruppe weiteren kardialen Schäden vorgebeugt werden kann. Trotzdem nahm nur ein Fünftel bereits zum Zeitpunkt der Nachbefragung an solch einer Maßnahme teil. Es ist fraglich, ob sich alle zwölf, die angegeben hatten, die Umsetzung zu planen, später einer Herzsportgruppe angeschlossen haben oder ob es noch weitere Ereignisse im Nachhinein gab, die dies verhinderten. Somit entspricht dieses Ergebnis in etwa der Umsetzungsquote in der RENA-Studie (Gerdes et al. 2005). Dort lag die Quote bei 25 % (Gerdes et al 2005).

Acht lehnten eine Teilnahme aus diversen Gründen ab (siehe Abschnitt 5.2.2). In einer von Krämer und Fuchs (2010) durchgeführten Studie zeigte sich, dass sechs Wochen nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt körperliche Barrieren wie Krankheit oder Verletzungen häufiger als Grund angegeben wurden, ein Sportprogramm zu vernachlässigen, als zum Beispiel psychosoziale Barrieren wie schlechte Laune oder Stress.

Unterstützung im Alltag. Der Sozialdienst erachtete es bei 13 Patienten als notwendig diese dahingehend zu beraten, sich im täglichen Leben unterstützen zu lassen. Wobei einzelnen Patienten bis zu drei Empfehlungen ausgesprochen wurden. Drei Patienten wurde ein ambulanter Pflegedienst zur Grundpflege empfohlen, wovon sich noch zwei daran erinnerten. Diese zwei nahmen dieses Angebot in Anspruch und waren mit dem jeweiligen Dienstleistungsanbieter zufrieden. Einer davon berichtete zum Zeitpunkt des Telefoninterviews, dass er zwar sehr zufrieden ist, aber sich diesen Service bald nicht mehr leisten könne, da sein Antrag auf Pflegestufe abgelehnt worden sei. Zum damaligen Zeitpunkt habe die Krankenkasse noch diese Kosten übernommen. Ein Patient nahm die Grundpflege (siehe 2.3.2) nicht in Anspruch, da diese Aufgaben die Schwiegertochter übernahm. Er sagte, er würde dies aber gerne ändern und einen Pflegedienst kommen lassen.

Mit vier (8 %) Patienten war beim Sozialdienst besprochen worden (t2), dass es für sie im Alltag eine Erleichterung sei, wenn sie einen ambulanten Pflegedienst zur Behand-

lungspflege hätten. Im Telefoninterview (t3) konnten sich zwei daran erinnern. Bei dreien kam regelmäßig ein Pflegedienst zur Behandlungspflege und sie waren mit dem Dienst zufrieden.

Des Weiteren war vier (8 %) Patienten ein Hausnotrufsystem vorgeschlagen worden. Alle konnten sich erinnern, jedoch erfolgte nur bei einem bis zum Zeitpunkt des Telefoninterviews die Umsetzung. Einer hat dies fest geplant und hatte sich bereits Broschüren der verschiedenen Anbieter geholt. Ein anderer war interessiert, hatte aber keine Vorstellung, an wen er sich dafür richten sollte. Ein anderer lehnte diesen Vorschlag mit der Begründung ab, dass der Ehepartner noch im Hause dabei lebt und somit ein solches Notrufsystem nicht nötig sei.

Drei Patienten (6 %) war in Anbetracht ihres häuslichen bzw. familiären Umfeldes dazu geraten worden, sich Unterstützung durch ihre Angehörigen geben zu lassen. Dieser Vorschlag konnte von allen Patienten umgesetzt werden.

Einem Patienten (2 %) wurde zur besseren Mobilität ein Rollstuhl empfohlen und vier weiteren Patienten (8 %) ein Rollator. Zusammen wurde also fünf Patienten (10 %) zu Hilfsmitteln geraten. Alle gaben in der Nachbefragung an, sich zwischenzeitlich mit diesem Hilfsmittel ausgestattet zu haben. Dies ist vergleichbar mit der Angabe in der RENA-Studie, bei der 12 % der Patienten zu Heil- bzw. Hilfsmitteln als Nachsorgeempfehlung geraten wurden (Gerdes et al. 2005). Man kann annehmen, dass Empfehlungen, die eine konkrete Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten bedeuten, eine hohe Umsetzung zur Folge haben.

Finanzielle Entlastung und Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung. Bei insgesamt 40 Patienten (82 %) wurde ein Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung (GdB) beantragt oder zumindest mit diesen besprochen.

Es zeigt sich auch hier eine Diskrepanz, denn nach Beratung zum Grad der Behinderung wurde an zwei Stellen gefragt. Einmal bei der Frage nach Beratung zu Möglichkeiten der finanziellen Entlastung und einmal bei den direkten Fragen zum Antrag auf Grad der Behinderung. Die zweite Frage, d.h. die Frage nach einem Antrag auf GdB, wurde deutlich häufiger mit ja beantwortet (also sofort erinnert) als die Frage zur finanziellen

Entlastung, die eher allgemein formuliert war (31 versus 18 Patienten). Für viele Rehabilitanden steht ein solcher Antrag möglicherweise in erster Linie nicht mit einer direkten Erleichterung ihrer finanziellen Situation im Zusammenhang, sondern vielmehr mit ihrem Ansehen in der Gesellschaft.

Bei den Probanden dieser Studie waren sieben Anträge auf GdB bis zur Nachbefragung bereits genehmigt worden.

Anträge des Sozialdienstes – Überleitungsantrag auf Pflegestufe (schnelle Ersteinstufung). In drei Fällen (6 %) hatte der Sozialdienst einen Überleitungsantrag auf Pflegestufe gestellt. Dieser hat den Vorteil, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bereits nach 5-6 Tagen über einen solchen Antrag entscheidet und dem Patienten Pflegesachleistungen im Sinne von z.B. einer ambulanten Pflege zugesprochen werden können. Vier Patienten (8 %) meinten im Telefoninterview, dass ein solcher Antrag bei ihnen gestellt worden sei. Es kann ein Übertragungsfehler seitens des Sozialdienstes vorliegen oder der Patient hat sich geirrt und es wurde kein Antrag für ihn gestellt. Nur einem Antrag wurde bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung stattgegeben.

Antrag auf Pflegegeld. Der Sozialdienst besprach mit drei weiteren Patienten (6 %) einen Antrag auf Pflegestufe mit gleichzeitiger Beantragung von Pflegegeld zu stellen. Für diesen Antrag benötigt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ungefähr 2-3 Wochen, aber in diesem Fall ist es möglich, dass für die Pflege, die von der Familie übernommen wird, Pflegegeld gezahlt wird. Ein Patient bekam diesen Antrag für die Krankenkasse zur selbstständigen Bearbeitung mit, dieser hatte den Antrag bis zur Nachbefragung nach acht Wochen noch nicht weitergeleitet. In den anderen beiden Fällen wurde der Antrag in der Klinik ausgefüllt und von dort aus verschickt, davon wurde von der Pflegekasse nur einer bewilligt.

6.1.3 Einflussvariablen

Geschlecht. Deskriptiv waren Männer häufiger bereit Empfehlungen nachzukommen als Frauen, aber die Unterschiede waren nicht statistisch signifikant. Eine Studie zur

Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland ergab, dass Männer im Alter zwischen 60 und 79 Jahren mehr Wert auf körperliche Aktivität legten als Frauen in dieser Altersgruppe (Krug et al. 2013).

Interessanterweise konnte in einer Pilotstudie, die sich mit dem Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz befasste, gezeigt werden, dass Frauen mittelfristig stabilere Rehabilitationserfolge in der Schmerzintensität der Funktionsbeeinträchtigung, der Schmerzbewältigungsstrategie und des Kompetenzerlebens erzielten (Mohr et al. 2008). Auf Grund der kleinen Stichprobe in dieser Studie besteht die Möglichkeit, dass eventuell vorhandene Unterschiede nicht signifikant werden konnten.

Lebensalter. Die Rate der Umsetzungen im Alltag lag bei 88 % (über 75 Jahre) bzw. 100 % (71-75 Jahre). Der Altersunterschied war statistisch signifikant. Man kann annehmen, dass es für jüngere Patienten einfacher ist, sich um Hilfe von außen zu kümmern bzw. dass sie selbst wissen, woher sie die besagte Hilfe bekommen können.

Die größte Teilnahme an den Sportprogrammen zeigte sich in der vorliegenden Stichprobe in der Altersgruppe zwischen dem 65. und dem 70. Lebensjahr. Je älter die Patienten waren, desto häufiger wurde die Aussage gemacht, dass die Teilnahme "fest geplant" sei. Der Altersunterschied ist hier nicht statistisch signifikant.

Man hätte annehmen können, dass hier ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht, da normalerweise mit steigendem Alter die körperliche Mobilität abnimmt und es zunehmend schwieriger wird an solchen Aktivitäten teilzunehmen. Bethge et al. (2015) zeigte in einer Studie bei 60- bis 85-Jährigen, dass mit zunehmenden Alter nicht nur die objektiven gesundheitlichen Einschränkungen, sondern vor allem auch die Selbstzuschreibung als "krank und alt", einer Aufnahme körperlicher Aktivität im Weg stand. Ein Alter ab 70 bzw. 75 Jahren wurde als Altersgrenze angegeben, ab der man in den Ruhestand gehen könne und sich dementsprechend auch sportlicher Aktivität entziehen könne. Es fand keine Gruppierung des Alters statt, d.h. man kann nicht nachvollziehen, ob es in dieser Patientengruppe je nach Alter unterschiedliche Aussagen zur sportlichen Aktivität gab. Außerdem wurde der finanzielle Aspekt angesprochen, der

z.B. die Teilnahme an einem Fitness-Studio nicht möglich macht. In der vorliegenden Studie waren die Patienten etwa im gleichen Alter, aber sie hatten diese Gründe einer Nichtteilnahme nicht angeführt. Übereinstimmend in beiden Studien ist, dass ältere Rehabilitanden nicht selten angaben eher alleine Sport zu machen als sich einer Gruppe bzw. Fitnesskette anzuschließen. Die in unserer Studie gefundenen Zusammenhänge mit dem Geschlecht und dem Lebensalter der Rehabilitanden sind allerdings nur schwach und daher nicht einfach zu interpretieren. Sie sind sicher komplexer und es sind weitere Variablen zu berücksichtigen. Vermutlich muss man auch zwischen Zusammenhängen mit unmittelbaren (proximalen) Outcomes (Erinnerung der Empfehlungen/unmittelbares Antragstellen) und weiter entfernt liegenden Outcomes (Erfolg eines Antrags, Beibehalten einer Verhaltensänderung) unterscheiden.

Barthel-Index bei Entlassung. Im klinischen Arbeitsalltag werden Patienten meistens von unterschiedlichen Pflegekräften zum Aufnahme- und zum Entlasszeitpunkt beurteilt. Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass zwei Pflegekräfte einen Patienten unterschiedlich beurteilt haben und damit die Reliabilität der Barthel-Einstufung begrenzt ist. Die Verwendung des Barthel-Index wird deshalb unter methodischen Blickwinkel häufig kritisch bewertet (Funke 2015). Der Barthel-Index wurde von Barthel und Mahoney (Mahoney & Barthel 1965) zwar auch als Verlaufsbeurteilungsinstrument entwickelt. Im klinischen Alltag zeigt sich aber bei wiederholter Anwendung des Barthel-Index bei denselben Patienten – vor allem im Hinblick auf die realen klinischen Bedingungen, den häufigen Personalwechsel und stets hohen Zeitdruck - häufig implausible Ergebnisse. Patienten erreichen gegenüber Voreinstufungen im Barthel-Index eine niedrigere Punktzahl, obwohl die allgemeine klinische Beurteilung Verbesserungen erkennen lässt oder auch umgekehrt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich auf Itemebene teilweise nicht eindeutige Begrifflichkeiten finden wie "Patient ist gelegentlich" inkontinent oder er kann mit "geringer" Hilfe gehen. Hierdurch ergeben sich bei unzureichendem oder gar fehlendem Rater-Training unterschiedliche Möglichkeiten, diese unspezifischen Vorgaben zu bewerten, und jede Pflegekraft kann dies subjektiv anders beurteilen (Lübke, Meinck & von Renteln-Kruse 2004).

Des Weiteren zeigt sich hier ein Deckeneffekt. Die Rehabilitationsklinik, in der diese Studie durchgeführt wurde, war nicht auf geriatrische bzw. pflegebedürftige Patienten spezialisiert. Aus diesem Grund hatten die meisten Patienten einen Barthel-Index von 100 oder annähernd 100 Punkten, so dass hier keine ausreichende Varianz bestand und ggf. bestehende Zusammenhänge gar nicht sichtbar werden konnten.

Es zeigte sich deskriptiv eine Tendenz, dass je höher die erreichte Punktzahl im Barthel-Index war, desto engagierter wurden die Empfehlungen umgesetzt. Die höchste Umsetzungsrate der Sportteilnahme erfolgt bei einem Barthel-Index von 100 Punkten. Dieses Ergebnis war allerdings nicht statistisch signifikant. Obwohl dieses Ergebnis nicht signifikant war, wäre dieser Zusammenhang plausibel, denn die Patienten werden vermutlich umso eher sportlich aktiv sein können, je weniger Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bzw. der kognitiven und physischen Leistungsfähigkeit sie erleben. Hinzu kommt, dass bei geringer Stichprobengröße nur besonders starke Zusammenhänge signifikant werden.

Lebensverhältnisse. Die Untersuchung bestimmter Aspekte der Alltagsgestaltung, d.h. die Fragen nach einer Teilnahme am Sportprogramm, nach Unterstützung im Alltag und nach der Genehmigung eines Antrags auf Einstufung bzw. Erhöhung des Grades der Behinderung ergab keine signifikanten Ergebnisse. In der Studie von Korsch et al. (2016) werden von einem Drittel der Probanden die soziale Unterstützung als ausschlaggebender Faktor für die Ausführung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen identifiziert. In diese Richtung gehen auch die hier vorliegenden Ergebnisse. Rehabilitanden, die mit dem Ehepartner oder Familienangehörigen zusammenwohnten, berichteten etwas häufiger über die Teilnahme am Sport oder hatten diese zu mindestens häufiger fest geplant als die allein lebenden; jedoch ließ sich für diesen Zusammenhang keine statistische Signifikanz nachweisen. Dies lag möglicherweise an der kleinen Stichprobe, aber vielleicht auch an der Schwierigkeit, die passenden Variablen einfach und trennscharf im Interview zu erheben.

6.2 Kritik von Studiendesign und Methodik

Drop-out. 49 Probanden wurden konsekutiv in die Studie zwischen dem 1. April und 31. Oktober 2015 in die Studie aufgenommen. Drei Patienten davon lehnten die telefonische Nachbefragung ab, so dass nur für 46 Patienten Verlaufsdaten erhoben und interpretiert werden konnten. Die resultierende Drop-out-Rate von 6 % lässt sich als recht gut beschreiben. Zur Repräsentativität der Stichprobe können keine Angaben gemacht werden, allerdings gibt es keine Hinweise, dass die Repräsentativität der Stichprobe für die Gesamtgruppe der älteren Rehabilitanden in der Klinik eingeschränkt wäre. Bei Items mit seltenen Ja-Antworten, bzw. bei Empfehlungen, die nur selten vorkamen, muss jedoch angesichts der begrenzten Stichprobe von einer fraglichen Repräsentativität ausgegangen werden, so dass die Antworten bzw. Antworthäufigkeiten hier kaum verallgemeinert werden können.

Eingeschränkte Erinnerung. Eine Limitation war die eingeschränkte Erinnerung der Patienten, da seit der stationären Rehabilitation bei der Befragung ca. acht Wochen vergangen waren, weshalb sich einige Probanden eventuell nicht mehr genau an die in der Reha vermittelten Informationen erinnern konnten oder im Speziellen nicht mehr den Inhalt des Gesprächs mit dem Sozialdienst (t2). So waren möglicherweise empfohlene Nachsorgemaßnahmen nicht präzise aus dem Gedächtnis des Einzelnen abrufbar. Gleichwohl entsprach der Anteil der erinnerten Empfehlungen ziemlich genau der dokumentierten Anzahl, so dass davon ausgegangen werden darf, dass sich daraus kein größerer Verfälschungsgrad ergeben haben dürfte.

Aufgrund der kleinen Ausgangsstichprobe (n=49) war die Wahrscheinlichkeit geringe p-Werte zu erhalten niedrig. Die Chance signifikante Ergebnisse zu erhalten verringerte sich dadurch. Es erscheint insbesondere bei selten verordneten Empfehlungen zur Nachsorge fraglich, ob eine Repräsentativität der Angaben und damit auch eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse angenommen werden kann.

Soziale Erwünschtheit. Eine weitere Einschränkung dieser Studie ist, dass die Patienten im Sinne der sozialen Erwünschtheit die Fragen beantwortet haben könnten. Um die Ergebnisse der Interviews nicht durch subjektive oder aktuelle Einflüsse zu stark zu verfälschen, wurden die 46 Probanden in dem telefonischen Interview anhand eines

standardisierten Interviewleitfadens befragt (Anhang 3). Jedoch besteht bei mündlichen Befragungen stets ein persönlicher Patientenkontakt, der dazu führen kann, dass der befragte Patient im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder auch aus Unsicherheit über sein Unwissen bei der wahrheitsgemäßen Beantwortung der Fragen beeinflusst wird. Es wurde vorab über die anonyme Aufzeichnung ihrer Antworten und deren Verwendung aufgeklärt und die Probanden wurden explizit mit den verschiedenen Typen der Antwortmöglichkeiten der Befragung vertraut gemacht, so dass Fehlerquellen durch unzureichendes Verständnis des Antwortmodus sowie eine Beeinflussung durch soziale Erwünschtheit vorgebeugt oder zumindest reduziert werden sollten.

Weitere Limitationen dieser Studie bestehen in nicht konkret genug definierten Befragungsitems, wie z.B. die Frage nach der Versorgung zu Hause mit Familienangehörigen oder die Barrierefreiheit der Wohnung bzw. des Hauses. Diese Fragen wurden unterschiedlich interpretiert und somit nicht einheitlich beantwortet.

Während der Rekrutierungsphase erfolgte ein Mitarbeiterwechsel innerhalb des Sozialdenstes. Die zwei Sozialpädagoginnen, die das Projekt zu Beginn begleiteten, wechselten die Arbeitsstelle, so dass die letzten Fragebögen (t2) von einer neuen Mitarbeiterin ausgefüllt wurden, die erst in die Studie eingearbeitet wurde. Es zeigt sich, dass zum Ende der Studie mehr Überleitungsanträge als zuvor gestellt wurden. Auf Nachfrage wurde berichtet, dass nun versucht wurde diese Anträge früher zu stellen, da der MDK fünf Werktage benötigt diese zu überprüfen. Den Ärzten wurde der Ablauf eines solchen Überleitungsantrages erläutert, damit nun eine frühere Beratung der Patienten stattfinden konnte. Denn oftmals kamen die Patienten mit der Überlegung, einen Überleitungsantrag zu stellen, kurz vor Abreise, was zu spät für eine Antragstellung war. Somit ist nicht genau abschätzbar, ob die Antragstellungen auf Überleitung repräsentativ in dieser Studie sind.

Ein größeres Problem war die Methodik der Dokumentation und Nachbefragung. Die Dokumentationsbögen für die Beratungen und Empfehlungen des Sozialdienstes konnten auf keine Vorlagen aufbauen und wurden für den Zweck der Erhebung neu erstellt. Im Nachgang stellte sich heraus, dass einige Fragen eher allgemein (z.B. "Ist Ihre Wohnung barrierefrei?", "Erfolgt eine Unterstützung im Alltag durch Familienangehörige?")

und damit für die individuelle, spezifische Situation der einzelnen Befragten zu ungenau formuliert waren und dass es auch Überschneidungen gab, die gelegentlich zu Missverständnissen geführt hatten. Auch in der telefonischen Nachbefragung dürfte dies in einigen Fällen zu Missverständnissen und im Ergebnis zu teils unrichtigen Antworten geführt haben.

Des Weiteren ist der Nachbefragungszeitraum zu bedenken. Viele Anträge waren acht Wochen nach Reha-Entlassung noch nicht entschieden worden, d.h. man hätte eine zweite Nachbefragung durchführen sollen, um eventuell mehr Ergebnisse zu erhalten bzw. den Nacherhebungszeitraum verlängern sollen.

Ein weiteres Problem dieser Studie stellt die fehlende Erfassung der Empfehlungen von Seiten der Ärzte und anderem medizinischen Personal dar. Sicher wurden Empfehlungen zur Lebensstiländerung, wie etwa die Teilnahme an Sportgruppen oder ähnliches, auch von Ärzten und Sporttherapeuten gegeben, und es muss deshalb offen bleiben, ob die Umsetzung entsprechender Empfehlungen allein auf die Beratung im Sozialdienst zurückzuführen ist.

Vor dem Hintergrund benannter methodischer Einschränkungen ist die Studie als explorativ zu betrachten. Sie kann damit als Ausgangspunkt für weiterführende Studien im Bereich der sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation und in der Nachsorge nach Rehabilitation dienen.

6.3 Schlussfolgerung für die Praxis

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich bei einem älteren Patientenklientel besondere Herausforderungen an die Praxis in der medizinischen Rehabilitation stellen. Von besonderer Bedeutung für den Erfolg der sozialarbeiterischen Beratungen dürfte sein, ob und wie weit es dem Sozialarbeiter gelingt, die besondere individuelle Situation des Rehabilitanden zu verstehen und dies dem Patienten auch zu vermitteln. Auf dieser Grundlage kann die notwendige Vertrauensbasis aufgebaut werden, damit der Rehabilitand die Beratungsempfehlungen annehmen kann und darin die Chancen für sich erkennt und auch genau versteht, wie er sie umsetzen kann und wie er mit Herausforde-

rungen umgeht, die bei der Umsetzung auftreten können. Einige Patienten gaben beispielsweise in den Nachbefragungen an, dass sie die während des Gesprächs mit dem Sozialdienst besprochenen Empfehlungen nicht richtig verstanden hätten und deshalb diese auch (noch) nicht umgesetzt hätten. Das ist sicher nicht gänzlich vermeidbar, zeigt aber, wie wichtig die Beratungskompetenz der Sozialarbeiter ist und ihre Fähigkeit zur verständlichen Begründung von Vorschlägen und zur nachvollziehbaren Erklärung von Beratungsinhalten bzw. von Empfehlungen für deren Umsetzung. Im Besonderen wird dies auch für die Gruppe der älteren Rehabilitanden gelten, die im Gegensatz zu jüngeren häufig größere Schwierigkeiten bei der Informationsaufnahme und entsprechend auch der Umsetzung von Empfehlungen haben (Salthouse, 1996). Sicher ist die Erklärung und Begründung von Vorschlägen in den meisten Fällen gut gelöst worden, zumal die Erklärungen bei älteren Rehabilitanden auch oft an die Grenzen der kognitiven Verarbeitungskapazitäten stoßen dürfte – so dass dies sicher eine besondere Herausforderung für den Sozialdienst darstellt. Es wäre vielleicht sinnvoll, um eine höhere Umsetzungsquote zu erreichen, dass in solchen Gesprächen Angehörige zugegen sind, die dadurch die gleiche Information erhalten und sich um die jeweilige Umsetzung kümmern.

Eventuell könnten die ausgesprochenen Empfehlungen von Seiten des Sozialdienstes den Rehabilitanden schriftlich mitgegeben werden, damit diesen auch für zu Hause seine individuellen Empfehlungen zur Nachsorge immer zur Verfügung stehen. Das Angebot, sich auch nach der Rehabilitation noch einmal telefonisch beraten zu lassen, wäre in manchen Fällen sicher ebenfalls sinnvoll, aber für die Rehabilitationseinrichtungen auch aufgrund des vermutlich unkalkulierbaren Mehraufwandes nicht einfach umsetzbar. Zudem ist es für die weitere Versorgung besser, wenn Anträge bereits in der Klinik direkt an die jeweilige Behörde verschickt werden, da Patienten zu Hause oft damit überfordert sind und keine Antragstellung erfolgt.

6.4 Schlussfolgerung für die weitere Forschung

Im nachfolgenden werden Überlegungen zu weiteren, vertiefenden Fragestellungen angestellt, die einer Klärung bedürfen. Vor dem Hintergrund benannter methodischer Einschränkungen bietet die Studie mit ihrem explorativen Charakter einen wertvollen Einstieg in die nähere Untersuchung der sozialdienstlichen Beratung in der Reha-Klinik und ihrer Chancen und Herausforderungen beim Management des Übergangs zur weiteren Versorgung und zur Teilhabe nach der Rehabilitation.

Für eine weitere Forschung in diesem Gebiet wäre es sinnvoll, im Vorhinein Tests zu erheben, wie z.B. den DemTect (Demenz Detektion) oder den MMSE/MMST (Mini Mental State Examination/ Mini Mental Status Test), um eventuelle demenzielle Entwicklungen als Einflussvariable miteinbeziehen zu können, die Rückschlüsse auf die intellektuelle Aufnahmefähigkeit der Rehabilitanden geben könnten. Diese wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt, so dass es bei den Patienten dieser Studie, die zwischen 65 und 89 Jahre alt waren, gelegentlich schwierig war nachzuvollziehen, ob sie das Gespräch mit dem Sozialdienst und das Telefoninterview richtig verstanden hatten.

Im Allgemeinen sollten die Fragebögen überarbeitet werden, um die ausgewählten Fragen klarer und eindeutiger zu definieren. Zum Beispiel sollte das Befragungsitem "Barrierefreiheit" genauer erklärt werden, um Missverständnissen vorzubeugen und die Antworten der Nachbefragung besser auf die Dokumentation der Beratungen zu t2 beziehen zu können.

Die Ergebnisse beruhen auf einer kleinen Stichprobe und stammen aus einem heterogenen Patientengut. Aus diesen Gründen wäre es wichtig, die Untersuchung mit einer größeren Fallzahl und evtl. besser angepassten Instrumenten sowie auch in einer homogenen Gruppe zu wiederholen.

Ein weiterer limitierender Faktor ist die Tatsache, dass es für die Rehabilitanden in dieser Altersgruppe und auch zur Arbeit des Sozialdienstes in der Rehabilitation erst wenige empirische Arbeiten gibt. Somit fehlen Studien, an denen man sich hinsichtlich des allgemeinen und konkreten Vorgehens und der Instrumente, aber auch hinsichtlich

Vergleichsdaten, orientieren kann. Es geht dabei um die systematische und hinreichend differenzierte Erfassung der sozialdienstlichen Aufgaben und Tätigkeiten sowie um Evaluationsstudien zu den mittel- und langfristigen Ergebnissen sozialdienstlicher Arbeit. Eine erhebliche Herausforderung für derartige Untersuchungen liegt in der Vielzahl an lebensweltlichen, psychologischen und institutionellen Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Ergebnisse der Beratungen, die deshalb ebenfalls in der empirischen Forschung verstärkt aufgegriffen und berücksichtigt werden müssen. Die gleichfalls erforderliche Untersuchung von Prädiktoren und Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der sozialen Arbeit in der Rehabilitation kann sodann Ausgangspunkt für die Entwicklung von Optimierungsmöglichkeiten für die Tätigkeit des Sozialdienstes in der Rehabilitation sein.

Deshalb ist es sehr wichtig, weiterhin auch auf diesem Gebiet neue Erkenntnisse zu gewinnen, um die wichtige Nachsorge in der Rehabilitation speziell auch bei älteren Rehabilitanden zu fördern und die Stabilität der in der Rehabilitation erzielten Ergebnisse zu sichern.

7 Zusammenfassung

Rehabilitanden haben ein hohes Nachsorgepotential nach einem stationären Aufenthalt, jedoch ist die tatsächliche Umsetzung von Empfehlungen oft nur von kurzer Dauer bzw. ist die Erfolgsrate in manchen Bereichen gering ausgeprägt. Die Gruppe der Patienten, die älter als 65 Jahre sind und nicht mehr am Berufsleben teilnehmen, wurde diesbezüglich bislang selten untersucht.

Mit Hilfe leitfadenbasierter Interviews wurde in der Deegenbergklinik in Bad Kissingen analysiert, inwieweit vom Sozialdienst ausgesprochene Empfehlungen an 49 Patienten, im Alter zwischen 65 und 89 Jahren, von den Rehabilitanden nach Entlassung umgesetzt wurden und ob weitere Variablen (Geschlecht, Lebensalter, Barthel-Index bei Entlassung sowie Lebensverhältnisse) mit der Umsetzung in Zusammenhang stehen. Zunächst wurden die Fragebögen bzw. Beratungsdokumentationen des Sozialdienstes (t2) ausgewertet, um die einzelnen Empfehlungen zu erfassen. Durch das anschließende Telefoninterview (t3), das im Durchschnitt acht Wochen nach Entlassung stattfand, wurde ermittelt, welche und wie viele Vorschläge erfolgreich im nachstationären Setting etabliert werden konnten.

Die Studie erbringt Hinweise, dass viele Empfehlungen seitens des Sozialdienstes bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung von den Rehabilitanden umgesetzt wurden. Vor allem die Teilnahme an Sportprogrammen oder die Unterstützung im Alltag wurden erfolgreich in das alltägliche Leben integriert. Für die untersuchten Einflussvariablen (Geschlecht, Lebensalter, Barthel-Index, Lebensverhältnisse) lassen sich allerdings nur in den wenigstens Fällen statistisch signifikante Zusammenhänge nachweisen.

Günstig wäre es sicher auch, wenn gewährleistet wird, dass Patienten in der nachstationären ambulanten Versorgung weiter angehalten werden, um die empfohlene Nachsorge auch effizient umsetzen zu können.

Die Ergebnisse zeigen weitestgehend eine Übereinstimmung mit der bisherigen Forschung, wobei es jedoch bisher nur wenige Untersuchungen dazu gibt.

Trotz der ausführlichen Beratung im stationären Sektor besteht die Möglichkeit, dass bei kognitiv eingeschränkten Patienten die Beratung nicht ausreichend ist, um die Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen im Alltagsleben zu gewährleisten. Es wäre sinnvoll, Konzepte zur Förderung der Informiertheit in Form von einem individuell angepassten Empfehlungsschreiben zu erstellen. Zur Überprüfung eines solchen Vorgehens wären weitere randomisierte, kontrollierte Studien notwendig.

8 Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr (2016). Wohngeld.

Download über www.stmi.bayern.de → Bauen und Wohnen → Wohnen → Wohngeld

[http://www.stmi.bayern.de/buw/wohnen/wohngeld/index.php]

Zugriff am 27.08.2016

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2016). Nachteilsausgleich. Download über www.behindertenbeauftragte.de \rightarrow Themen \rightarrow Wichtige rechtliche Grundlagen \rightarrow Behinderung und Ausweis \rightarrow Nachteilsausgleich.

[http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/RechtlicheGrundlagen/Behinder ungundAusweis/Nachteilsausgleiche/Nachteilsausgleiche_node.html]

Zugriff am 18.08.2016

Bengel, J. (2015). Reha-Nachsorge und Wiedereingliederung. Rehabilitation 54, 1

Betanet (2016 a). Grad der Behinderung. Download über www.betanet.de → Suche: Grad der Behinderung http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Grad-der-Behinderung-164.html

Zugriff am 26.06.2016

Betanet (2016 b). Pflegeantrag und Pflegebegutachtung. Download über www.betanet.de \rightarrow Suche: Pflegeantrag und Pflegebegutachtung http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Pflegeantrag-und-

Pflegebegutachtung-1372.html

Zugriff am 26.07.2016

Bethge, M., Köhler, L., Kiel, J., Thren, K. & Gutenbrunner, C. (2015). Sportliche Aktivität nach Gelenkersatz: Erfahrungen und Erwartungen älterer Rehabilitanden – Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse leitfadengestützter Interviews. Rehabilitation 54, 233-239

Blumenthal, W. & Jochheim, K.-A. (2009). Entstehen und Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland. In Blumenthal, W. & Schliehe, F. (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation – 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (S. 11-30). Heidelberg, DVfR.

Brüggemann, S., Irle, H. & Mai, H. (2007). Pschyrembel Sozialmedizin. 380-381

Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., Bassler, M. & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Rehabilitation 55, 381-387

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 6 Download über www.bar-frankfurt.de \rightarrow Publikationen \rightarrow Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation

[https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf]

Zugriff am 15.04.2015

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011 a). Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011.

Download über www.bar-frankfurt.de → Publikationen → Empfehlungen/Vereinbarungen → Rahmenvereinbarung über Rehasport und Funktionstraining [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf]

Zugriff am 19.04.2015

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011 b). Aktuelles zur Weiterentwicklung der ICF – Entwurf von Personbezogenen Kontextfaktoren. Reha-Info 5/2011, 1-3

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015). Reha-Info 01/2016.

Download über www.bar-frankfurt.de → Publikationen → Reha-Info → Reha-Info 01/2016 → Ausgaben für Reha und Teilhabe [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/downloads/01-2016.pdf]

Zugriff am 27.08.2016

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen.

Download über www.bar-frankfurt.de \to Publikationen \to Gemeinsame Empfehlungen \to Gemeinsame Empfehlungen "Sozialdienste"

[https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/SozialdiensteGemeinsameEmpfehlung.web.pdf]

Zugriff am 15.09.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2017). Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Informationsblatt Nr. 223-06. Stand: 1. Januar 2017.

Download über www.bundesgesundheitsministerium.de \to Themen \to Krankenversicherung \to Online-Ratgeber Krankenversicherung \to Medizinische Versorgung \to Zuzahlung

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/A rzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_der_GKV.pdf]

Bundesverband Deutsche Tafel e.V. (2015). Jahresbericht 2015. Download über www.tafel.de

[https://www.tafel.de/ueber-uns/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen-2016/jahresbericht-2015-veroeffentlicht/?L=0]

Zugriff am 27.08.2016

Zugriff am 27.09.2017

Clade, H. (2005). Rehabilitation: Verändertes Indikationsspektrum. Deutsches Ärzteblatt 102(23), A-1648 / B-1384 / C-1306

Deck, R et al. (2015). Reha-Nachsorge - one size fits all? Analyse der Rehabilitanden, die nicht vom Reha Nachsorgekonzept "neues Credo" profitieren. Rehabilitation 54, 218-225

Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A.C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Rehabilitation 48, 39-46

Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") – ein Erfolgsmodell? Rehabilitation 51, 316-325

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Download über www.deutsche-rentenversicherung.de

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de /cae/servlet/ contentblob/207036/ publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf]

Zugriff am 26.12.2016

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). Reha-Bericht Update 2014.

Download über www.reha-berichte-drv.de \rightarrow Wir über uns \rightarrow Fakten und Zahlen \rightarrow Reha-Berichte

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=2]
Zugriff am 11.11.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). Die Grundsicherung: Hilfe für Rentner. 11. Auflage (1/2017).

Download über www.deutsche-rentenversicherung.de \rightarrow Services \rightarrow Broschüren & mehr \rightarrow Broschüren \rightarrow Rente \rightarrow Die Grundsicherung: Hilfe für Rentner

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt
/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/grundsicherun
g_hilfe_fuer_rentner.pdf?__blob=publicationFile&v=25]
Zugriff am 27.09.2017

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2010). Lösungsoptionen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. Rehabilitation 49, S5-S36

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit e.V. (2008). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Download über www.dvsg.org → Rehabilitation und Teilhabe → Publikationen → Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation 2008 [http://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/02Rehabilitation_und_Teilhabe/GrundsatzpapierSAReha2008.pdf]

Zugriff am 29.07.2016

Einfach Teilhaben (2016). Rehabilitationssport. Download über www.einfachteilhaben.de \rightarrow Mobilität und Freizeit \rightarrow Sport \rightarrow Rehabilitationssport [http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Mobilitaet/Sport/rehabilitationssport/rehabilitationssport_node.html]

Zugriff am 29.08.2016

Funke, U.-N. (2015). Der Barthel–Index – eine kritische Übersicht.

https://www.singer-assessment.de/barthel-kritik/

[http://sa6449b55cc117a91.jimcontent.com/download/version/1442071200/module/9914077823/name/BI%20Kritik.pdf]

Zugriff am 27.12.2017

Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S. & Jäckel, W. H. (2005). Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin Band 10. Regensburg: S. Roderer Verlag; S.18

Gülich, M., Engel, E.-M., Rose, S., Klosterhuis, H., Jäckel, W. H. (2003). Leitlinienent-wicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzen – Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. Rehabilitation 42, 109-117

Heine, W. (2009) Rehabilitation und Teilhabe in Medizin und Pflege. In W. Blumenthal & F. Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation – 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (S. 155-163). Heidelberg, DVfR.

Heuschmann, P. U., Kolominsky-Rabas, P. L., Nolte, C. H., Hünermund, G., Ruf, H.-U., Laumeier, I., Meyrer, R., Alberti, T., Rahmann, A., Kurth, T., Berger, K. (2005). Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Erfassung für den Einsatz von Schlaganfall-Patienten. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 73, 74-82.

Jedermann Gruppe gem. e.V. (2016 a). Grundpflege.

Download über www.jedermann-gruppe.de → Suche: Grundpflege [https://www.jedermann-gruppe.de/grundpflege-informationen/]
Zugriff am 26.05.2016

Jedermann Gruppe gem. e.V. (2016 b). Behandlungspflege. Download über www.jedermann-gruppe.de \rightarrow Suche: Behandlungspflege

[https://www.jedermann-gruppe.de/behandlungspflege/]

Zugriff am 04.06.2016

Köpke, K.-H. (2004). Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung, Eine Bestandsaufnahme im Auftrag der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein. Lübeck: LVA Schleswig-Holstein.

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

Korsch, S., Herbold, D., Wiezoreck, M., Geigner, B., Beddies, A., Worringen, U., Hampel, P. (2016). Förderfaktoren, Barrieren und Barrierenmanagement zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz – Eine qualitative Analyse. Rehabilitation 55, 210–216

Krämer, L., Fuchs, R. (2010). Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme – Zwei neue Messinstrumente. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 18, 170-182

Krug, S., Jordan, S., Mensink G. B. M., Müters, S., Finger, J., Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56, 765-771

Krüger-Wauschkuhn, T., Pohontsch, N., Deck, R. (2011). Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. Rehabilitation 50, 390-396

Kurlemann, U. (2011). Ressourcen und Potentiale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen. In FORUM sozialarbeit + gesundheit 4/2011, S. 6-9. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Lübke, N., Meinck, M. & von Renteln-Kruse, W. (2004). Der Barthel-Index in der Geriatrie - Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, 316–326

Mahoney F.I. & Barthel D.W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. Maryland State Medical Journal 21, 61–65

Mohr, B. et al. (2008). Der Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz: Eine Pilotstudie. Rehabilitation 47, 284-298

Nikolaus, T. (2001). Das geriatrische Assessment – Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, 36-42

Pflege (2016). Download über www.pflege.de → Suche: Pflegegeld [https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeleistungen/pflegegeld/]

Zugriff am 12.06.2016

Pflegestufen (2016). Essen auf Rädern. Download über www.pflegestufen.org → Rund um Pflege → Essen auf Rädern/ Menü-Service für Senioren [http://www.pflegestufen.org/essen-auf-raedern-menue-service-fuer-senioren/] Zugriff am 30.08.2016

Salthouse, T.A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. Psychological Review 103, 403-428

Schubert, M., Behrens, J., Becker, C., Zimmermann, M. (2011). Die Teilnehmerstruktur medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland. Rehabilitation 50, 372-378

Schlote, A., Krüger, J., Topp, H., Wallesch, C.-W. (2004). Inter-Reliabilität des Barthel-Index, Activity-Index und Nottingham Extended Activities of Daily Living: Die Anwendung von ADL-Instrumenten in der Schlaganfallrehabilitation durch Mediziner und Nichtmediziner. Rehabilitation 43, 75-82

Statistisches Bundesamt Deutschland (2013 a). Statistik der schwerbehinderten Menschen-Kurzbericht 2013. Download über www.destatis.de Publikationen \rightarrow Thematische Veröffentlichungen \rightarrow Gesundheit \rightarrow behinderte Menschen \rightarrow Statistik der schwerbehinderten Menschen – Kurzbericht 2013

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMens chen/SozialSchwerbehinderteKB5227101139004.pdf?__blob=publicationFile]

Zugriff am 17.07.2016

Statistisches Bundesamt Deutschland (2013 b). Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2060. Download über www.destatis.de Zahlen & Fakten \rightarrow Gesellschaft & Staat \rightarrow Bevölkerung \rightarrow Tabelle \rightarrow Bevölkerungsvorausberechnung \rightarrow Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2060

[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelke rungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltersgruppenBis2060_.html]

Zugriff am 27.09.2017

Statistisches Bundesamt Deutschland (2015). Die Generation 65+ in Deutschland. Download über www.destatis.de Presse& Service → Presse → Pressekonferenzen → 29.07.2015 Pressekonferenz "Die Generation 65+ in Deutschland" [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebroschuere_generation65.pdf?__blob=publicationFile]

Zugriff am 24.04.2016

Statistisches Bundesamt Deutschland (2016). Download über www.destatis.de Presse& Service \to Presse \to Pressemitteilungen \to 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16 _381_227.html]

Zugriff am 22.12.2016

Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (2006). Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag

Verbraucherzentrale (2016). Hausnotrufsystem. Download über
www.verbraucherzentrale.de → Suche: Hausnotrufsystem
[https://www.verbraucherzentrale.de/Hausnotrufsysteme-Schneller-Draht-zur-Hilfe-1]
Zugriff am 04.06.2016

World Health Organization (1981). Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation.

9	Anhänge
9.1	Fragebogen 1 (= Barthel-Index)
9.2	Fragebogen 2 (Fragebogen des Sozialdienstes)
	Patientendaten
Patien	ten-ID:
1. Ang	aben durch:
	□ Patient
	□ Angehörige
	□ Angehörige via Telefon
2. Vers	orgung zu Hause:
	eigene Wohnung
	□ selbstständig (eigene Haushaltsführung)
	☐ mit Ehepartner gemeinsam
	☐ mit Familie(nangehörigen)
	□ von Bekannten unterstützt
	□ von Pflegedienst unterstützt
	☐ Patient muss Ehepartner mitversorgen
	soziale Einrichtung (Seniorenheim o.ä.)
	sonstige Resonderheiten:

3. Woł	nnsituation:
	eigenes Haus – barrierefrei?
	□ ja
	□ nein
	Wohnung im:
	☐ Erdgeschoss
	☐ 1. Stock
	□ 2. Stock
	☐ 3. Stock oder höher
	Aufzug vorhanden
4. Wie	wurden Sie auf Sozialdienst aufmerksam?
	Im Aufnahmegespräch durch Arzt zugewiesen
	Eigeninitiative
	Von anderen Personen erfahren
5 Mor	natliches Einkommen:
Woller	n Sie dazu eine Angabe machen?
	☐ Ja (weiter mit 5.1)
	□ Nein
5.1 We	enn ja, wie hoch ist Ihre Rente/ monatliche Einnahmen?
	Euro/ Monat
6. Mie	.
o. iviie	te:
Woller	n Sie dazu eine Angabe machen?
	☐ Ja (weiter mit 6.1)
	□ Nein
6.1 We	enn ja, wie hoch sind Ihre Mietkosten?Euro/Monat

7. Fühlen Sie sich finanziell abgesichert?	
	□Ja
	□ Nein
	□ Unsicher
	Empfehlungen des Sozialdienstes
8. Um:	zug in andere Wohnung/ Einrichtung:
	Senioren-, Alten- oder Pflegeheim
	Betreutes Wohnen
	Behindertengerechte Wohnung
	Wohnung im Erdgeschoss bzw. Wohnung mit Aufzug
	Kurzzeitpflege
	Sonstiges
	Nicht erforderlich
9. Umstellung der Lebensgewohnheiten:	
	Teilnahme an Sportprogrammen, z.B. Rehasport
	Teilnahme an der Herzsportgruppe
	Sonstiges
	Nicht erforderlich
10. Un	terstützung im Alltag:
	Essen auf Rädern
	Ambulante Pflegedienste zur Grundpflege
	Ambulanter Pflegedienst zur Behandlungspflege
	Hausnotrufsysteme
	Private Haushaltshilfe
	Übernahme der Pflege durch Angehörige
	Rollstuhl
	Rollator
	Sonstiges
	Nicht erforderlich

11. Fina	11. Finanzielle Entlastung:	
	Angebot der "Tafel" wahrnehmen	
	Zuzahlungsbefreiung für Medikamente beantragen	
	Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung beantragen	
	Wohngeld	
	Grundsicherung im Alter	
	Sonstiges	
	Nicht erforderlich	
	Anträge des Sozialdienstes	
12. Übe	erleitungsantrag auf Pflegestufe wurde in Rehaklinik bearbeitet und verschickt	
	□ Ja	
	□ nein	
13. Pfle	ege wird von Familie übernommen	
П	Antrag für Krankenkasse mitgegeben zur selbstständigen Bearbeitung	
	Antrag wurde in der Klinik ausgefüllt und verschickt	
14. Ant	rag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behinderung	
	Beratung in der Klinik	
	Aushändigung des Antrags zur selbstständigen Bearbeitung	
	Vorbesprechung ohne Abschicken des Antrags	
	direkte Bearbeitung und Verschicken des Antrags	
Datum	Unterschrift des Sozialdienstes	
Datum	Officers Chilling des Sozial den Stes	

9.3 Fragebogen 3 (Leitfaden für Telefoninterview)

Sehr geehrte/r Frau/Herr,
mein Name ist Sabine Sauer. Sie waren vor kurzem in Bad Kissingen in der Deegenbergklinik und hatten während Ihres Aufenthaltes dort einen Termin beim Sozialdienst. Sie hatten sich bereit erklärt an einer Studie teilzunehmen und deshalb möchte ich Ihnen nun nach Ihrer Entlassung ein paar Fragen stellen.
Dies wird ungefähr 10 Minuten in Anspruch nehmen.
Passt es Ihnen gerade?
(Wenn nein, dann nach anderem Termin fragen und erneut anrufen)
Patientendaten
Patienten-ID:
Datum, Uhrzeit:
1. Wie sind sie im Moment zu Hause versorgt?
□ eigene Wohnung
☐ selbstständig (eigene Haushaltsführung)
☐ mit Ehepartner gemeinsam
☐ mit Familie(nangehörigen)
□ von Bekannten unterstützt
□ von Pflegedienst unterstützt
☐ Patient muss Ehepartner mitversorgen
□ soziale Einrichtung (Seniorenheim o.ä.)
1.1 Würden Sie sagen, dass Ihre Wohnsituation behindertengerecht ist?
□ ja
□ nein
□unklar

1.2 Würden Sie mir bitte Ihre Wohnverhältnisse schildern?□ eigenes Haus - barrierefrei?
_ □ ja
□ nein
□ Wohnung im:
☐ Erdgeschoss
□ 1. Stock
□ 2. Stock
☐ 3. Stock oder höher
☐ Aufzug vorhanden
- Autzug vornanden
Haratan and Frantshirm on the Contable and
Umsetzungen von Empfehlungen des Sozialdienstes
Der Sozialdienst hat Ihnen Empfehlungen gegeben, damit Sie im alltäglichen Leben entlastet werden. Im Folgenden geht es darum, herauszufinden, wie hilfreich diese Empfehlungen für Sie waren und welche Empfehlungen Sie seit Ihrer Entlassung umsetzen konnten.
2. Hat sich nach dem Aufenthalt in Bad Kissingen etwas Grundsätzliches in Ihrem Leben verändert, wie z.B. Umzug oder Unterstützung im Alltag?
□ ja □ nein
2.1 Wurde Ihnen in Bad Kissingen empfohlen in eine andere Wohnung oder Einrichtung umzuziehen?
☐ ja (weiter mit 2.2)
□ nein (weiter mit 3)
□ war nicht notwendig (weiter mit 3)
□ weiß nicht mehr genau
2.2 Konnten Sie diese Empfehlung inzwischen umsetzen?
☐ ja (weiter mit 2.3)
□ nein (weiter mit 2.4)
\square war nicht notwendig (weiter mit 3)

2.3 Wenn ja, wohin?	
 Senioren-,Alten- oder Pflegeheim Betreutes Wohnen Behindertengerechte Wohnung Wohnung im Erdgeschoss bzw. Wohnung mit Au Kurzzeitpflege 	fzug
2.4 Wenn nein, was war der Grund dafür?	
 □ War nicht notwendig □ Keine passende Wohnung gefunden □ Kein freier Platz in der Einrichtung □ Keine Möglichkeit der Finanzierung □ Kein Interesse □ Sonstige: 	
3. Wurde Ihnen in Bad Kissingen empfohlen, sich verstä	rkt sportlich zu betätigen?
☐ ja (weiter mit 3.1) ☐ Teilnahme an Sportprogrammen, z.B. Rehasport ☐ Teilnahme an der Herzsportgruppe ☐ anderes, und zwar:	
3.1 Wenn es Ihnen empfohlen wurde, nehmen Sie auch o	daran teil?
□ ja □ nein (weiter mit 3.2)	

5.2 WE	illi lielli, was war der Grund dalur :
	Keine geeignete Gruppe in der näheren Umgebung
	Keine Möglichkeit der Finanzierung
	Kein Interesse
	Keine Möglichkeit durch fehlende Mobilität
	Ich mache lieber alleine Sport (ohne Gruppe)
	Wie oft machen Sie Sport?
	 Was für eine Sportart machen Sie?
	 Wie gelingt Ihnen die Umsetzung?
	Sonstige:
	de Ihnen empfohlen, dass Sie sich im Alltag unterstützen lassen?
⊔ ja (w	eiter mit 4.1)
$\; \square \; nein$	
	Iche folgenden Hilfen wurden Ihnen empfohlen? Essen auf Rädern Ambulanter Pflegedienst zur Grundpflege, z.B. Ernährung, Körperpflege Ambulanter Pflegedienst zur Behandlungspflege, z.B. Medikamentengabe, Wundversorgung, Hilfe beim An- und Ausziehen Hausnotrufsysteme Private Haushaltshilfe Pflege wird von Angehörigen übernommen Rollstuhl Rollator
4.2 Kor	inten Sie diese Empfehlung inzwischen umsetzen? ja → Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem Dienst? nein (weiter mit 4.3) war nicht notwendig (weiter mit 5)
4.3 Aus	s welchen Gründen haben Sie trotz der Empfehlungen das Angebot nicht wahr- men?

4.3.1 Z	u Essen auf Rädern:
	Essen schmeckt nicht
	Portionen sind zu klein
	Keine Möglichkeit der Finanzierung
	Kein Interesse
	Sonstige:
4.3.2 7	u Pflegedienst und Haushaltshilfe:
	Keine Möglichkeit der Finanzierung
	Kein Interesse
	Ablehnung der Hilfe fremder Leute
	Ablehnung der Hilfe anderer im allgemeinen (auch Hilfe von Verwandten, Bekannten)
	Misstrauen gegenüber fremder Leute im eigenen Haushalt
	Ich bin im Stande alles alleine zu erledigen
	Sonstige:
4.3.3 V	Veitere Gründe:
5. Wu	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei-
5. Wu ne Un	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung?
5. Wu ne Uni □ ja (w	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei-
5. Wu ne Un	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung?
5. Wu ne Uni □ ja (w	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung?
5. Wu ne Uni ja (w	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung?
5. Wu ne Uni ja (w	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung? reiter mit 5.1)
5. Wu ne Uni ja (w nein	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie ei- erstützung? reiter mit 5.1)
5. Wune Unit	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel"
5. Wu ne Uni ja (w nein	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiserstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente
5. Wu ne Uni ja (w nein	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung
5. Wu ne Uni ja (w nein	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung Wohngeld Grundsicherung im Alter
5. Wune Unit	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung Wohngeld Grundsicherung im Alter
5. Wu ne Uni ja (w nein 5.1 We	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung Wohngeld Grundsicherung im Alter nnten Sie diese Empfehlung inzwischen umsetzen? ja → Wie sind Ihre Erfahrungen damit?
5. Wu ne Uni ja (w nein 5.1 We	rde Ihnen empfohlen sich finanziell entlastet zu lassen, d.h. bekommen Sie eiterstützung? reiter mit 5.1) elche folgenden Hilfen sollten Sie in Anspruch nehmen? Angebot der "Tafel" Zuzahlungsbefreiung für Medikamente Antrag auf Einstufung zum Grad der Behinderung Wohngeld Grundsicherung im Alter

5.3 Aus welchen Gründen haben Sie die Empfehlungen nicht umgesetzt?	
☐ Ich habe Hemmungen das Angebot der "Tafel" wahrzunehmen	
☐ Kein Interesse	
☐ Zu hoher Aufwand zum Ausfüllen des Antrags	
☐ Antrag/Anträge wurde/n abgelehnt (wel-	
che/r:)	
□ Sonstige:	
Anträge des Sozialdienstes	
Des Weiteren hat der Sozialdienst für Sie Anträge bearbeitet bzw. Ihnen Anträge z Bearbeitung ausgehändigt. Ich würde nun gerne wissen, inwieweit diese genehm wurden.	
6. Wurde bei Ihnen ein Überleitungsantrag auf Pflegestufe gestellt?	
☐ ja (weiter mit 6.1)	
□ nein	
□ weiß ich nicht mehr	
Wurde dieser Antrag von der Kranken-/ Pflegekasse genehmigt? ja nein noch keine Antwort erhalten	
7. Wurde bei Ihnen ein Antrag auf Feststellung oder Erhöhung des Grades der Behi derung gestellt oder wurde das besprochen? ja (weiter mit 7.1) nein weiß ich nicht mehr	i n -
7.1 Wurde Ihnen dieser Antrag vom Sozialdienst ausgehändigt? □ ja (weiter mit 7.2)	
□ nein	
□ weiß ich nicht mehr	

7.2 Ha	aben Sie diesen Antrag an die Behörde weitergeleitet? ja (weiter mit 7.3)
	nein
7.3 W	urde dieser Antrag von der Behörde genehmigt?
	ja
	nein
	noch keine Antwort erhalten
	oen Sie unabhängig der Empfehlungen des Sozialdienstes selber etwas in Ihrem oen geändert?
	ja (weiter mit 8.1)
	nein
8.1 W	enn ja, was war das?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und die Zeit, die Sie sich dafür genommen haben.

9.4 **Patienteninformation**

Studienleitung: Prof. Dr. P. Deeg

"Befragung zur sozialdienstlichen Beratung

in der Deegenbergklinik, Bad Kissingen"

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten gerne herausfinden, inwieweit die Empfehlungen des Sozialdienstes aus

der Rehabilitationsklinik für Sie hilfreich sind und im Alltag nach der Rehabilitation um-

gesetzt werden konnten. Wir würden Ihnen im Rahmen der Untersuchung gerne ein

paar Fragen stellen. Es wäre schön, wenn Sie damit einverstanden sind.

Bei der Befragung, die wir vorhaben, werden Sie einmal zu Beginn und einmal am Ende

ihres Aufenthaltes vom Sozialdienst befragt werden. Ca. acht Wochen nach Entlassung

werden Sie dann telefonisch befragt. Es geht darum, ob bzw. inwieweit die Beratung

durch den Sozialdienst Ihnen geholfen hat. Dabei geht es zum Beispiel um die Frage,

ob nach der Entlassung aus der Reha gewisse Anträge gestellt wurden oder ob Sie ge-

wünschte Hilfen erhalten haben. Vor dem Ausfüllen wird der Sozialdienst mit Ihnen

über die Durchführung der Befragung sprechen.

Die Entscheidung über eine Teilnahme an dieser Umfrage treffen Sie allein. Wenn Sie

sich dagegen entscheiden, wird Ihnen auf keinen Fall ein Nachteil dadurch entstehen.

Sie können Ihre Entscheidung auch jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

- 96 -

Bitte lesen Sie den folgenden Text als Vorinformation für das Gespräch mit dem Sozial-

dienst aufmerksam durch und fragen Sie bei Unklarheiten beim späteren Patientenge-

spräch.

Weitere Informationen:

Im Rahmen der Untersuchung werden Ihre persönlichen Angaben einschließlich derer

über Ihr Alter anonymisiert, d. h. ohne Namensnennung aufgezeichnet und zum

Zwecke der wissenschaftlichen Untersuchung zentral ausgewertet und veröffentlicht.

Diese Studie findet in Kooperation mit der Abteilung für Medizinische Psychologie und

Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg statt. Es erfolgt eine

Weiterleitung Ihrer anonymisierten Daten an diese Abteilung.

Es dürfen Daten nur in anonymisierter Form weitergegeben und keine Kopien oder

Abschriften von Krankenunterlagen erstellt werden. Im Falle der Veröffentlichung der

Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit von persönlichen Daten gewährleistet.

Mit der Einwilligung auf dem gesonderten Blatt "Einverständniserklärung" geben Sie

Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und bestätigen gleichzeitig, dass Sie

vom Sozialdienst über diese Untersuchung aufgeklärt wurden.

Bei Ablehnung einer Studienteilnahme erfolgt die normal übliche, individuelle Therapie

bzw. Beratung.

Falls Sie noch weitere Fragen zu dieser Studie haben sollten, können Sie sich auch ger-

ne an den Leiter der Studie, Herrn Prof. Dr. Dr. P. Deeg, wenden.

Sekretariat: Frau S. Bott (0971) 821-8435

- 97 -

9.5 Einwilligungserklärung

Klinikum: Deegenbergklinik, Ba	ad Kissingen
Studienleitung: Prof. Dr. Dr. P	P. Deeg
"Befragung zu	r sozialdienstlichen Beratung
	nbergklinik, Bad Kissingen"
Name des Patienten:	
gespräch über Art, Umfang und wurden u.a. das Ziel, die Dauer u Teilnahme an dieser Studie besproder Einwilligungserklärung habe i Zusammenhang bestehende Frage ausreichend Zeit, mich für oder g	hat mit mir heute ein ausführliches Aufklärungs- I Bedeutung dieser Untersuchung geführt. Dabei und die untersuchungsbedingten Erfordernisse zur ochen. Die Patienteninformation sowie ein Exemplar ich erhalten, gelesen und verstanden. In diesem en wurden besprochen und beantwortet. Ich hatte gegen eine Teilnahme an dieser Untersuchung zu n, als Patient an dieser Studie teilzunehmen.
dient und nicht unbedingt einen p darüber unterrichtet worden, dass	ichung in erster Linie der medizinischen Forschung bersönlichen Vorteil für mich bringen muss. Ich bin ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Stu- ründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen
einverstanden. Entsprechend den	rhobenen Daten informiert und erkläre mich damit n gesetzlichen Bestimmungen kann eine anonymi- dieser Studie erfolgten Aufzeichnungen von Krank- e zuständigen Behörden erfolgen.
Name des Patienten	Ort, Datum Unterschrift

Unterschrift

Name der aufklärenden Sozial- Ort, Datum

pädagogin

sche Doktorandin (Fra mir die Fragen durchs	·	kt der Nachbefragung anruft und i	mit
Telefonnummer/n:			
Ort, Datum	Unterschrift		

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass die im Projekt mitwirkende medizini-

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei all denjenigen, die mich dabei unterstützt haben, diese Dissertation in Angriff zu nehmen und zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.

Ganz besonders danke ich

- ...Herrn Prof. Dr. Heiner Vogel für seine vortreffliche Betreuung, seine wertschätzende Haltung und die große Geduld anstehende Fragen zu diskutieren, die Motivation und die Erinnerung daran, dass es zu einem guten Ende kommen wird,
- ...Herrn Prof. Dr. Dr. Peter Deeg für die Überlassung dieses Promotionsthemas und die Durchführung dieser Studie an der Deegenbergklinik in Bad Kissingen,
- ...Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller für seine Bereitschaft der Arbeit noch den "letzten Schliff" zu geben, wodurch ich noch einmal zum Ende hin motiviert wurde,
- ...den Sozialpädagogen und den Schwestern der Deegenbergklinik, die sich bereit erklärt haben an diesem Projekt mitzuwirken, ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen,
- ...meiner Familie dafür, dass sie immer an mich glauben und hinter allem stehen was ich bisher in meinem Leben erreicht habe,
- ...meinen Freunden, die durch ihre Nachfrage, wann sie zu meiner Disputation erscheinen können, mich stets angetrieben haben, diese Arbeit zu Ende zu schreiben.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Sabine Theresia Sauer

Geboren: 28.05.1984 in Würzburg

Ausbildung

1990 – 1994	Oskar Popp Grundschule in Kist
1994 – 2003	St Ursula-Gymnasium in Würzburg
2003 – 2007	Studium der Pharmazie, Universität Würzburg
11/2008	3. Staatsexamen der Pharmazie in Regensburg
2009 – 2011	Krankenhausapothekerin in Troisdorf
2010 – 2011	Studium der Medizin, Universität Bonn
2011 – 2017	Studium der Medizin, Universität Würzburg
08 - 12/2014	Auslandssemester Universidad de Guadalajara, Mexiko
06/2017	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Gesamtnote: 2,0
09/2017	Berufstätigkeit als Assistenzärztin in Würzburg