

Aus dem Institut für
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Der Universität Würzburg

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

**Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen nach der stationären medizinischen
Rehabilitation**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von
Sonja Hedwig Konrad
aus
Kitzingen

Würzburg, November 2010

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Korreferent: Prof. Dr. med. Arnulf Weckbach (Unfallchirurgie)

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 10.05.2011

Die Promovendin ist Ärztin

In Liebe meinem Sohn Raphael

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
2.	GRUNDLAGEN	3
2.1	Rehabilitation als Bestandteil des Gesundheitssystems.....	3
2.2	Daten zu Rehabilitationsleistungen.....	4
2.3	Gesetzliche Grundlagen	5
2.4	Relevanz der Nachsorge in der Rehabilitation.....	6
2.5	Ziel der Nachsorge.....	8
2.6	Situation und Probleme der Umsetzung von Nachsorgeangeboten	8
3.	ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	12
3.1	Zielsetzung der Studie.....	12
3.2	Fragestellung.....	12
4.	PROBANDEN UND METHODEN	14
4.1	Einführung in die Gesamtstudie.....	14
4.2	Rekrutierung der Probanden.....	14
4.2.1	Erhebung der registrierten Nachsorgeempfehlungen.....	15
4.2.2	Telefoninterview zur Umsetzung und Problematik von Nachsorgeempfehlungen	15
4.2.3	Codierung der Probandendaten.....	16
4.3	Konzeption der Datenerhebung und Befragung.....	17
4.3.1	Erhebung von Anzahl und Art von Nachsorgeempfehlungen.....	17
4.3.2	Durchführung der telefonischen Interviews.....	18
4.4	Statistische Methoden.....	18

5.	ERGEBNISSE	20
5.1	Soziodemographische Daten.....	20
5.2	Daten bezüglich des letzten Aufenthaltes in medizinischer Rehabilitation.....	24
5.3	Art und Anzahl der verordneten Nachsorgeempfehlungen im Entlass- bericht im standardisierten und nicht-standardisierten Teil	27
5.4	Verordnete Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung.....	29
5.4.1	Diagnoseabklärung.....	30
5.4.2	Psychotherapie.....	33
5.4.3	Rehabilitationstraining.....	33
5.4.4	Funktionstraining.....	40
5.4.5	Selbsthilfegruppe.....	40
5.4.6	Stufenweise Wiedereingliederung.....	41
5.4.7	Gewichtsreduktion.....	41
5.4.8	Alkoholkarenz.....	44
5.4.9	Nikotinkarenz.....	45
5.4.10	Heil-/Hilfsmittel.....	49
5.4.11	Sonstige Anregungen.....	49
5.5	Allgemeine Bewertungen durch den Probanden.....	51
5.5.1	Einfluss der Rehabilitation auf den Krankheitsverlauf.....	51
5.5.2	Wunsch nach besserer Reha-Nachsorge	52
5.5.3	Beurteilung der Reha-Vorbereitung auf Alltag und Beruf.....	52
5.5.4	Gewünschte Kontrolle der Umsetzung von während der Reha erworbe- nen Fertigkeiten durch den Hausarzt	53
5.5.5	Gewünschte Kontrolle der Umsetzung von Reha-Empfehlungen durch den Versicherungsträger bzw. die Krankenversicherung.....	53
5.5.6	Beurteilung von themenbezogenen Nachtreffen im Anschluss an die Reha.....	54
5.5.7	Offene Frage nach Wünschen und Anregungen zur Verbesserung der Nachsorge	58

6. DISKUSSION.....	59
6.1 Wichtigste Ergebnisse.....	60
6.1.1 Empfehlungen zur Rehabilitationsnachsorge	62
6.1.2 Subjektive Bewertung der Probanden.....	75
6.1.3 Einflüsse der Kontextfaktoren auf die Umsetzung der empfohlenen Nachsorge Maßnahmen.....	78
6.1.3.1 Förderliche Faktoren für die Umsetzung von Rehanachsorgemaßnahmen.....	79
6.1.3.2 Hinderliche Faktoren für die Umsetzung von Rehanachsorgemaßnahmen.....	81
6.2 Diskussion von Studiendesign und Methodik	82
6.3 Schlussfolgerung für weitere Forschung und Praxis.....	83
7. ZUSAMMENFASSUNG.....	87
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	89

ANHANG

Datenerfassungsbogen
Leitfaden Telefoninterview
Fragebögen zum Telefoninterview

DANKSAGUNGEN

LEBENS LAUF

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Verteilung stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen nach der ersten Diagnose (Diagnosegruppen), Auszug 2003, (Köpke, 2005).....	4
Tabelle 2: Verteilung nach Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen im Jahre 2003, Auszug (Köpke, 2005).....	7
Tabelle 3: Rehabilitationskliniken der stationären Aufenthalte der Befragten.....	25
Tabelle 4: Entlassungsdiagnosen der Probanden nach ICD-10-Kapiteln in den fünf Diagnosefeldern.....	26
Tabelle 5: Die acht Auszug am häufigsten genannten Diagnosen.....	27
Tabelle 6: Anzahl der einzelnen Nachsorgeempfehlungen im standardisierten und nicht-standardisierten Teil des Entlassbriefes.....	28
Tabelle 7: Erinnerungsrate an erfolgten Nachsorgeempfehlungen.....	29
Tabelle 8: Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen.....	30
Tabelle 9: Die unterschiedlichen Nachsorgeempfehlungen zur Diagnoseabklärung.....	31
Tabelle 10: Zeit bis zur Umsetzung der Diagnoseabklärung.....	32
Tabelle 11: Häufigkeit ärztlicher Konsultationen zur Diagnoseabklärung.....	32
Tabelle 12: Initiative zur Diagnoseabklärung.....	32
Tabelle 13: Ursachen nicht umgesetzter Empfehlung zur Diagnoseabklärung.....	33
Tabelle 14: Genannte Sportarten und Bewegungstrainings.....	38
Tabelle 15: Verbesserungen auf physischer und psychischer Ebene durch rehabilitativen Sport.....	39
Tabelle 16: Hinderliche Faktoren für die regelmäßige Umsetzung postrehabilitativen Sports bei Sportaktiven.....	39
Tabelle 17: Hinderliche Faktoren für die Umsetzung postrehabilitativen Sports bei Sportinaktiven.....	40
Tabelle 18: Zeitliche Entwicklung des Body-Mass-Index (BMI) und des Körpergewichts	42
Tabelle 19: „Sonstige Anregungen“ aus dem standardisierten Teil des Entlassbriefes.....	50
Tabelle 20: „Sonstige Anregungen“ zur Nachsorge im Freitext des Entlassbriefes (nicht-standardisierter Teil).....	50

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Altersintervalle in Jahren.....	20
Abb. 2: Verteilung der Bildungsabschlüsse.....	21
Abb. 3: Beruflicher Status.....	21
Abb. 4: Familienstand.....	23
Abb. 5: Wohnliches Umfeld.....	24
Abb. 6: Dauer bis zum Beginn mit rehabilitativen Sport nach der Reha.....	35
Abb. 7: Anregung zum postrehabilitativen Sport.....	36
Abb. 8: Ort der postrehabilitativen sportlichen Betätigung.....	37
Abb. 9: Häufigkeit des sportlichen Trainings.....	37
Abb. 10: Förderliche Faktoren für die Nachsorgeumsetzung Gewichtsreduktion.....	43
Abb. 11: Hinderliche Faktoren bei der Nachsorgeumsetzung Gewichtsreduktion.....	44
Abb. 12: Versuch der Nachsorgeumsetzung Nikotinkarenz.....	46
Abb. 13: Hinderliche Faktoren der Nachsorgeumsetzung Nikotinkarenz.....	47
Abb. 14: Bewertung des Angebots potentieller Nikotinentwöhnungskurse durch Versicherungsträger.....	48
Abb. 15: Bewertung der Erwartung der Effektivität von Entwöhnungsseminaren bei Nikotinabusus.....	48
Abb. 16: Einfluss der stationären Reha auf den Krankheitsverlauf.....	51
Abb. 17: Wunsch nach besserer Reha-Nachsorge	52
Abb. 18: Bewertung der Vorbereitung in der Reha auf Alltag und Beruf.....	53
Abb. 19: Bewertung der Rolle des Hausarztes in der rehabilitativen Nachsorge.....	54
Abb. 20: Bewertung der Rolle der Versicherungsträger in der rehabilitativen Nachsorge	54
Abb. 21: Bewertung der Rolle der Reha-Klinik in der rehabilitativen Nachsorge.....	55

1. EINLEITUNG

Rehabilitation ist ein fester und unverzichtbarer Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Ziel der Rehabilitation ist die Unterstützung kranker Menschen im Umgang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung. Eine weitere Intention ist, ihre Integration im persönlichen Bereich, im Berufsleben und insgesamt in der Gesellschaft zu verbessern. Hierfür werden sie von fachgerecht qualifizierten Institutionen behandelt, möglichst individuell, gemäß fundierten medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten sowie mit psychologischer Unterstützung.

Im Rahmen des sich vollziehenden strukturellen Wandels im bestehenden Gesundheitssystem wird auch die Rolle und Aufgabenstellung der Rehabilitation überdacht und bestehende Rehabilitationskonzepte und -programme werden auf der Basis zunehmender Forschungsergebnisse weiterentwickelt. Wie viele Forschungsprojekte belegen, ist die Effektivität der heutigen medizinischen Rehabilitation alles in allem zwar zufrieden stellend, doch der Langzeiteffekt ist nur sehr mäßig. Die Rehabilitanden¹ erlernen isoliert von ihren alltäglichen Gewohnheiten und Verpflichtungen im stationären Aufenthalt einer rehabilitativen Institution viele für sie neue Praktiken und Einstellungen zum Umgang mit der Erkrankung bzw. Behinderung. Jedoch können diese kurzfristig errungenen Fähigkeiten und Fertigkeiten den jahrelang praktizierten Gewohnheiten des Alltags auf Dauer nicht allesamt standhalten. „Hierfür spielen sowohl allzu menschliche Gründe eine Rolle, denn der Mensch ist schwach, so dass zumindest in sekundärpräventiven Situationen, in denen die Einschränkung im Augenblick nicht spürbar ist, die Anstrengungen der Verhaltensänderung doch sehr schnell unterbleiben. Aber auch systematische Defizite, wie die nach wie vor nicht funktionierende Schnittstelle zwischen Rehaklinik und niedergelassenem Arzt, führen zu Brüchen bei der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen“ (Raetzell, 2004, S. 13-14).

Im Hinblick auf die Problematik der unzureichenden langfristigen Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen entstand die Fragestellung dieser empirischen Studie. Anhand einer Stichprobe von Rehabilitanden soll untersucht werden, welcher Art und wie umfangreich Nachsorgeempfehlungen von den behandelnden Ärzten im Entlassungsbericht der stationären Rehabilitationskliniken sind. Weiterhin soll geprüft werden, wie diese Empfehlungen zur Nachsorge bei den Rehabilitanden im alltäglichen Leben nach einer zeitlichen Distanz von circa drei Monaten zur stationären Rehabilitation umgesetzt werden. Dabei sollen die zur Umsetzung förderlichen Maßnahmen und auch die hinderlichen Faktoren ermittelt werden. Für diese Un-

¹ In der gesamten Arbeit wurde für alle Personenbezeichnungen die maskuline Form verwendet, dies schließt auch Frauen mit ein.

tersuchung wurde eigens ein Interviewleitfaden entwickelt, bei dem die Instruktionen und Items in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken konzipiert wurden.

Zunächst werden in Kapitel 2 die Grundsätze und Ziele der Rehabilitation sowie der Nachsorge als unabdingbarer Bestandteil des Gesundheitssystems dargelegt. Das in den letzten Jahren gestiegene Interesse an Rehabilitationsnachsorge wird ebenso wie der diesbezügliche Bedarf an Rehabilitationsforschung grob umrissen. Ebenso werden die gesetzlichen Grundlagen zum Anspruch auf ambulante Nachsorge nach der stationären Rehabilitation erläutert. Schließlich soll auf die aktuell bekannten Defizite der Umsetzung von Nachsorge in der Rehabilitation eingegangen werden.

Im Kapitel 3 werden anschließend Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden empirischen Untersuchung herausgearbeitet.

Die Methodik der Studie und die Rekrutierung der Probanden werden im Kapitel 4 erläutert. Dabei wird der genaue Studienaufbau beschrieben, ebenso die Auswahl der Probanden, die Studieninstrumente und der Modus der Datenanalyse.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen werden anschaulich im Kapitel 5 dargestellt.

Kapitel 6 bietet die Diskussion der Studienergebnisse vor dem Hintergrund der Zielsetzung, der angewandten Methoden und des Studiendesigns. Hierauf folgt eine Erörterung der Relevanz der Ergebnisse für die postrehabilitative Betreuung und Umsetzung von Empfehlungen zur Nachsorge.

In Kapitel 7 werden aktuelle Projekte zur Qualitätssteigerung der Rehabilitationsnachsorge sowie Zukunftsperspektiven dargestellt.

In Kapitel 8 folgt schließlich eine Zusammenfassung der Studie.

2. GRUNDLAGEN

2.1 Rehabilitation – ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitssystems

Das Spektrum aller Erkrankungen und deren Versorgung in den Industrienationen ist zum einen durch den beständigen Fortschritt in der Medizin, zum anderen durch die Änderung der Lebensumstände in der Gesellschaft sowie der Arbeitswelt einem ständigem Wandel unterworfen. Zwar generiert die medizinische Forschung immer ausgefeiltere und effektivere diagnostische Verfahren und Therapiestrategien, doch führt dies dazu, dass immer mehr Menschen eine akute Krankheit überleben und mit chronischen Einschränkungen und Behinderungen zu Recht kommen müssen. Ein gesellschaftlicher Anspruch ist es, ihnen eine möglichst gute Teilhabe am Erwerbsleben und in der Gesellschaft zu ermöglichen. Persönliche Kompetenzen und technische Hilfsmittel aller Art sowohl für alltägliche Belange als auch für den Bereich Beruf erlauben ein großes Maß an Erleichterung.

Eine weitere Veränderung zeigt unsere Sozialstruktur, die bekanntlich seit Jahren einem demographischen Wandel unterliegt. Er zeichnet sich dadurch aus, dass unsere Gesellschaft zunehmend altert und zwangsläufig eine größere Multimorbidität aufgrund des höheren Lebensdurchschnittsalters aufweist.

Der hohe gesundheitspolitische Wert von Rehabilitationsmaßnahmen ist unbestritten und Rehabilitation damit ein gewichtiger Baustein im Gesundheitssystem und letztlich der sozialen Sicherung.

In den medizinischen Rehabilitationsprogrammen zur Teilhabeförderung wird zum einen eine psychische Stabilisierung im Umgang mit der Erkrankung angestrebt, zum anderen eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit. Daher haben die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger für Versicherte eine zentrale Bedeutung. Diese sichern ihnen den Schutz vor dem Verlust beziehungsweise der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit.

2.2 Daten und Indikationen zu Rehabilitationsleistungen

Rund 846 000 Versicherte erhielten im Jahre 2003 von der gesetzlichen Rentenversicherung medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation (Köpke, 2005).

Tabelle 1: Verteilung stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen nach der ersten Diagnose (Diagnosegruppen), Auszug, im Jahre 2003, (Köpke, 2005, S. 9)

Diagnosegruppe	n	in Prozent
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	326 337	40,1 %
Psychische und Verhaltensstörungen	140 514	17,3 %
Krebserkrankungen	132 007	16,2 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	79 498	9,8 %
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	33 135	4,1 %
Krankheiten des Atmungssystems	23 486	2,9%
Krankheiten des Nervensystems	14 587	1,8%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	9 797	1,2 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	3 766	0,5 %
Sonstige Erkrankungen	32 074	3,9 %
Keine Aussage möglich	18 161	2,2 %
Summe	813 362	100,0%

Diese Vielzahl an rehabilitativen Leistungen und deren Angebote in verschiedensten Bereichen stellt einen hohen Anspruch an personellen Support und bedarf einer hohen Investition für das Gesundheitssystem. So belegt eine Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Reha-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen für das Jahr 2005 im Bereich der Medizinischen Rehabilitation (einschließlich AHB) von 2,84 Milliarden Euro, allein 361 Millionen Euro für den Sektor stationäre Rehabilitation und 76 Millionen Euro für ambulante Rehabilitation gesamt (BAR, 2005).

„Optimal durchgeführte Reha-Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung haben einen Doppeleffekt. Zum einen nützen sie den einzelnen Versicherten. Er wird in seiner gesundheitlichen, physischen und sozialen Integrität und seiner Kompetenz als verantwortlicher Bürger der Gesellschaft gestärkt, kann mithin sein Leben als soziales Wesen eigenverantwortlich weiter aktiv gestalten und festigt zum anderen durch Minderung finanzieller Lasten gleichzeitig die wirtschaftliche Stabilität der Versichertengemeinschaft – zum Vorteil des gesamten staatlichen Gemeinwesens“ (Köpke, 2005, S. 51).

Es versteht sich von selbst, dass erreichte Verbesserungen des Gesundheitszustandes auf physischer, psychischer sowie sozialer Ebene nicht nur von temporärem Bestehen sein sollten, sondern die erfolgreichen Ergebnisse auch langfristig im alltäglichen Leben des Einzelnen beibehalten werden müssen.

2.3 Gesetzliche Grundlagen zur Rehabilitation

„Reha vor Rente“ ist eines der Schlagworte der Rehabilitation der Rentenversicherung. Es stellt explizit den Vorrang der Rehabilitation vor dem Eintritt in die Rente heraus, was im Sozialgesetzbuch VI gesetzlich geregelt ist. Das einzelne Individuum soll in Verantwortung für die Versichertengemeinschaft möglichst lange in der Lage sein, für sein Einkommen selbst zu sorgen, damit die bestehenden Systeme der sozialen Sicherung im Gleichgewicht bleiben. Nach § 15 SGB VI erbringen die Rentenversicherungsträger ambulante und stationäre Leistungen. Leistungen zur Nachsorge, die unmittelbar an die Leistungen der medizinischen Rehabilitation anschließen, werden ebenfalls nach diesen Paragrafen verordnet.

“Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufsfördernde Leistungen) können Versicherte der Rentenversicherung erhalten, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen durch die Leistungen voraussichtlich eine rentenrelevante Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann“ (Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der BfA, 2002).

Doch nicht nur ausschließlich die Rehabilitation wird dem Versicherten in etwaigen Gesetzestexten und offiziellen Leitlinien zugesichert, sondern auch der Anspruch auf anschließende

Nachsorgemaßnahmen zur Stabilisierung des bis dato erreichten therapeutischen Rehabilitationserfolges.

Im § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB VI wird konstatiert, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „für einen längeren Zeitraum erbracht werden [können], wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.“

Ebenso werden gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI „nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zu Teilhabe“ gewährt, insbesondere dann, „wenn das Ziel der Nachsorge die Sicherung des Erfolges der vorangegangenen medizinischen stationären oder ambulanten Rehabilitation ist“ (Egelkraut, 2004, S. 30).

Als weitere Vorschrift gilt der § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX. „Nach dieser neuen Vorschrift kann Reha-Sport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung sowie ärztlich verordnetes Funktionstraining erbracht werden. Die speziellen Vorschriften des SGB VI gehen dem SGB IX vor. Sie erfassen den Inhalt des § 44 SGB IX, indem sie auf diese Vorschriften verweisen“ (Egelkraut, 2004, S. 31).

2.4 Relevanz der Nachsorge in der Rehabilitation

Nachsorgeleistungen dienen dazu, den positiven Effekt von stationären Reha-Leistungen zu stabilisieren. Dazu zählt man insbesondere „nachgehende und nachsorgende Leistungen, d.h. solche Aktivitäten, die die Teilnehmerin bzw. den Teilnehmer an der Rehabilitation über den Tag der Entlassung hinaus befähigen, die in und während der stationären Maßnahme erlernten und erfahrenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen möglichst dauerhaft zu praktizieren, im Idealfall zu einem Wandel in der Lebensgestaltung zu finden“ (Köpke, 2005, S. 345).

Die Nachsorge findet ihren Beginn im Aufgabenbereich der rehabilitativen Kliniken. „In den Nachsorgeempfehlungen, die einen obligatorischen Teil der Entlassungsberichte ausmachen, können die Rehabilitationseinrichtungen eine Weichenstellung für die nachstationären Rehabilitationsverläufe vornehmen“ (Gerdes, 2005, S. 9).

„Die Entscheidung über die Notwendigkeit von Nachsorgemaßnahmen wird unmittelbar aus der vorangegangenen medizinischen Rehabilitation getroffen. Der Nachsorgebedarf wird im Einzelfall von der medizinischen Reha-Einrichtung, die die vorangegangene Maßnahme durchführt, entschieden“ (Egelkraut, 2004, S. 31).

Um einen Überblick zu verschaffen, um welche Art der Nachsorge nach der stationären Rehabilitation es sich optional handelt, zeigt Tabelle 2 die Häufigkeit der im Jahre 2003 ausge-

sprochenen Nachsorgeempfehlungen, welche aus den standardisierten Teilen der Entlassungsbrieft der Rehabilitationskliniken ersichtlich wurden.

Sowohl in der Rehabilitationswissenschaft wie auch bei Reha-Kliniken und Vertretern der Rentenversicherungsträger zeigt sich Einvernehmen, dass systematische Nachsorgearbeit zu fördern ist.

„Träger der gesetzlichen Rentenversicherung halten auf mehrfache Weise nachgehende Hilfen bereit. Zum Beispiel wird der Versicherte schon mit dem Bescheid über die Bewilligung einer Reha-Maßnahme auf die Beibehaltung der erlernten Regeln für eine gesunde Lebensführung im Alltag aufmerksam gemacht“ (Köpke, 2004, S. 9).

Tabelle 2: Verteilung nach Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen im Jahre 2003, Auszug (Köpke, 2005, S. 10)

Art der Nachsorgeempfehlung	n	in Prozent
Gewichtsreduzierung	161 925	19,9 %
Spezielle Nachsorge	113 539	13,9 %
Psychotherapie	101 285	12,4 %
Funktionstraining	79 533	9,7 %
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz prüfen	76 445	9,3 %
Diagnostische Klärung	75 167	9,2 %
Nikotinkarenz	58 835	7,2 %
Heil- und Hilfsmittel	52 892	6,5 %
Alkoholkarenz	45 998	5,6 %
Selbsthilfegruppe	44 923	5,5 %
Reha-Sport	43 343	5,3 %
Stufenweise Wiedereingliederung	39 248	4,8 %
Vorstellung Suchtberatung	19 204	2,3 %
Operation	11 215	1,3 %
Stationäre Behandlung	10 658	1,3 %
Ambulante Reha Sucht	8 948	1,1 %
Sonstige Anregungen	415 393	51,0 %
Keine Vorschläge	92 389	11,3 %
Keine Aussage möglich	18 162	2,2 %

2.5 Ziel der Nachsorge

Eine beachtliche Aufgabe wird den über den stationären Aufenthalt hinausreichenden nachsorgenden Angeboten zugewiesen. „Die Rehabilitationsdauer von (in der Regel) drei Wochen [ist] zwar ausreichend [...] um Informationen zu vermitteln und Motivation zu erzeugen, [sie] ist aber zu kurz, um [...] stabile Veränderungen zu erreichen. Dies gelingt nur, wenn die Rehabilitanden über die Rehabilitation hinaus in Form von Nachsorgeangeboten ihre erlernten Strategien stabilisieren können. [...] Deshalb sollten Aktivitäten zur Nachsorge [...] bereits während der Rehabilitation berücksichtigt und gegebenenfalls eingeleitet werden“ (VDR, 2000). „Aufgabe der Nachsorge ist es somit, den durch eine vorangegangene Reha-Maßnahme erreichten Zustand zu verbessern und nachhaltig zu sichern. Im Vordergrund stehen dabei folgende Ziele:

- die weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, d.h. Abbau von Funktionsstörungen,
- die Verstetigung von Lebensstiländerungen,
- der Transfer von Erlerntem in den Alltag sowie
- die Förderung persönlicher und sozialer Kompetenz.

Die Nachsorge hat also die Aufgabe, die Effekte der Rehabilitation zu optimieren und zu stabilisieren“ (Egelkraut, 2004, S. 29-30).

2.6 Situation und Probleme der Umsetzung von Nachsorgeangeboten

Bereits im Jahre 1984 befasste man sich im Rahmen einer Reha-Studie der ehemaligen Landesversicherungsanstalt (LVA) Baden „Rehabilitation heute“ mit der Effektivität von Nachsorgemöglichkeiten bei Stoffwechselerkrankungen, chronisch-degenerativer Veränderung und zerebraler Insuffizienz. „Diese Arbeit war gestützt von der Hypothese“, dass „sich die Rehabilitationsergebnisse durch nachsorgende Maßnahmen verbessern“ lassen (Beck, Eisenhauer & Löffler, 1984, S. 12). Dabei konnte ein beachtlicher Maßnahmenkatalog, der bis zum heutigen Tag als Standard herangezogen wird, erarbeitet werden.

1987 wies der damalige VDR-Vorsitzende Alfred Schmidt auf die Relevanz von rehabilitativer Nachsorge hin und schrieb, dass „der dauerhafte Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen [...] nicht nur von den nachfolgenden Bemühungen des Versicherten selbst, sondern auch von den gegebenen Bedingungen vor Ort [abhängt], [...] die in der Rehabilitation erworbenen

Verhaltensweisen weiter zu trainieren und die gegebenen Ratschläge [...] im täglichen Leben umzusetzen“ (Schmidt, 1987, S. 562). „Vorbehandlung, Indikation und Zeitpunkt der Anregung von geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Nachbetreuung sind für den langfristigen Erfolg der Heilbehandlung von maßgeblicher Bedeutung“ (Schmidt, 1987, S. 562).

Unter diesem Blickwinkel haben in den Folgejahren sowohl die einstige LVA Oldenburg-Bremen als auch die frühere LVA Westfalen Modellprojekte durchgeführt, die sich dem Ausbau professioneller Nachsorgeangebote widmeten (VDR, 1992). Mit dem Erfahrungsbericht von Engel-Froudarakis im Jahre 1992 wurde die Vermutung unterstützt, dass bereits „eintägige Gruppenveranstaltungen zur Motivationsauffrischung und/oder zur Therapieoptimierung“ die Intention einer ausreichenden Nachsorge erfüllen können (VDR, 1992, S. 16).

Eine wachsende Aufmerksamkeit bezüglich der Erfordernis organisierter Nachsorge ist seit Ende der 90er zu erkennen. Dies zeigt sich beispielsweise an den Inhalten der Forschungsverbände im Rahmen des gemeinsamen Förderschwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“, der zwischen dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung 1998 gegründet wurde. Hier wurde eine spezielle verbundübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen/Nachsorge“ eingerichtet, um sich mit der Analyse und Verbesserung dieses Bereiches zu befassen (Köpke, 2004). Die erste durchgeführte Befragung zu Nachsorgekonzepten unter allen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherungen, die vom VDR initiiert wurde, fand 1999 statt. Im Ergebnis dieser Befragung zeigte sich, dass eine große Zahl systematisierter Konzepte zur Nachsorge gefördert wurde, wie zum Beispiel das Projekt der BfA zur „Intensivierten Reha-Nachsorge (IRENA)“, das mit dem Beginn des Jahres 1999 als zweijähriges Modell gestartet und inzwischen in die Routine übernommen worden ist“ (Köpke, 2004, S. 15).

Seit Oktober 2001 ist laut Köpke „der Damm gebrochen“ durch ein vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) verabschiedetes Rahmenkonzept zur Nachsorge (Köpke, 2004). Seither werden zunehmend Schritte in Richtung professioneller Nachsorgemaßnahmen unternommen. „Schließlich ist neben Patientenschulungen, beruflichen Aspekten der Rehabilitation und dem Reha-Zugang das Thema Nachsorge zu einem der wichtigsten Umsetzungsfelder im gemeinsamen Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften erklärt worden“ (Köpke, 2004, S. 15).

Über die Notwendigkeit einer systematischen Nachsorge, insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation, gibt es in der Wissenschaft und Literatur kaum Zweifel. „Das Problem einer ungenügenden Verzahnung zwischen stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge ist bekannt. Es fehlt sowohl weitgehend an praktikablen Nachsorge- als auch ambulanten Rehabilitationskonzepten. Diesen beiden Bereichen kommt im Rahmen der Weiterentwicklung des Rehabilitationsgeschehens eine besondere Bedeutung zu“ (Zietlow, 1991, S. 270). Insbesondere die unterschiedliche Handhabung der Reha-Nachsorgeprogramme der verschiedenen Rentenversicherungsträger wirkt wie ein undurchdringbares Geflecht von Ideen und Konzepten in ihrer mehr oder weniger strukturierten Durchführung. Es fehlt an einheitlichen Programmen, die in ihrer Gesamtheit eine wissenschaftliche Evaluation zuließen, um eine empirisch begründete Weiterentwicklung zu ermöglichen. Hier wäre eine Koordination auf Seiten der Rehabilitationsträger wünschenswert.

Es entstehen nicht nur Fragen bezüglich der Struktur der Kosten-/Leistungsträger und der Angebotsstrukturen. Eine große Problematik ergibt sich auch aus der Einstellung einzelner Rehabilitanden. Sie sehen sich selbst nicht als eigenverantwortliche Person, die für den Erhalt der Ergebnisse der Rehabilitation verantwortlich ist. Im Reha-Entlassungsbericht empfohlene Maßnahmen werden vielfach nur unzureichend umgesetzt.

Eine gewisse Kontinuität in einer rehabilitativen Nachsorge ist wichtig, damit die Rehabilitation nicht nur einen „Strohfeuer-Effekt“ behält. Das könnte durch verschiedene Instanzen bewerkstelligt werden wie die Kliniken oder die Rentenversicherungsträger, denn diese „sollten mehr für die Nachsorge tun und mit flexiblen, motivierenden Maßnahmen den Wirkungsgrad der Reha-Maßnahmen erhöhen“ (Egelkraut, 2003, S. 36), wie bei der jährlichen Lübecker Reha-Tagung des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein 2003 erläutert wurde. „Es besteht dringender Handlungsbedarf in allen einzelnen Bereichen: Bei den Informationen für Patienten, den Empfehlungen für die Zeit nach der Maßnahme, bei der Zusammenarbeit der Akteure wie Rehaklinik und Hausarzt“ (Deck, 2003, S. 36).

Zweifel am Langzeiteffekt werden mittlerweile durch mehrere Studien bestätigt, die diesbezüglich unternommen wurden (vgl. z.B. die Literaturanalyse in Hüppe & Raspe, 2003, 2005). Diese legten dar, dass die eindeutigen Rehabilitationserfolge am Ende der stationären Phase nach sechs bis zwölf Monaten nur in einem geringen Maße bis bedauerlicherweise gar nicht mehr erkennbar waren.

Häufig, so ist anzunehmen, werden gesundheitsförderliche Maßnahmen durch den Reha-Arzt im Entlassungsbrief nicht angeregt, obwohl sie sinnvoll wären. Ein sehr eindringliches Bei-

spiel gibt Köpke in einer seiner Veröffentlichungen, in der er den Sachverhalt darstellt, dass bei insgesamt 326.337 Maßnahmen der Diagnosegruppe Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems nur 79.533 mal die Maßnahme Funktionstraining und 43.343 mal Rehasport für die Nachsorge angeregt wurden (Köpke, 2004). Die Empfehlungen zur Nachsorge geschehen also möglicherweise in einem unzureichenden Umfang.

Mittlerweile ist Vieles bei der Realisation der effektiven Umsetzung von Nachsorgeprogrammen weiterentwickelt worden. „Es werden Auffrischkurse beispielsweise in der Kardiologie, fraktionierte Reha bei rheumatischen Erkrankungen, stufenweise Wiedereingliederung mit ambulanter Reha oder telefonische Nachsorge bei Rauchern angeboten“ (Mittag 2003, S. 36), um nur eine kleine, jedoch bunte Auswahl vieler neu entwickelter Leistungen in den Reha-Nachsorgeprogrammen zu nennen. Es soll noch darauf hingewiesen werden, dass der Arbeitskreis Rehabilitationswissenschaft und Qualitätssicherung (AKRWQ) des VDR im Rahmen seiner Diskussion zur Umsetzung der Ergebnisse aus dem Förderschwerpunkt Rehabilitationsforschung auch den Bereich Nachsorge in die Prioritätenliste aufgenommen hat. Die Nachsorge wird als ein wichtiges Weiterentwicklungsfeld der Rehabilitation eingestuft. Zugleich wird festgestellt, dass die wissenschaftliche Befundlage in diesem Bereich im Vergleich zu den anderen vorrangigen Umsetzungsfeldern eingeschränkt ist. „Es ist an der Zeit, sich diesen Gebietes anzunehmen. Die Investitionen hier dürften mehr als lohnend sein!“ (Grosch, 2004, S. 27).

3. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG

3.1 Zielsetzung der Studie

Nach eingehender Literaturrecherche verdeutlichten sich die Defizite in der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen nach der Rehabilitation.

Ehemalige Rehabilitanden kommen nach ihrer Entlassung von der Welt der „Reha-Profis“ in ihre eigene Alltagswelt (Gerdes, 2005). „Während der institutionellen Phase sind die Patienten ein Bestandteil der professionellen Welt; danach aber müssten die Profis sich in viel stärkerem Maße mit den Welten des Betroffenen vertraut machen – und dies ist weder in organisatorischer noch in inhaltlicher Hinsicht einfach“ (Gerdes, 2005).

Wie Gerdes schreibt, ist unter dem wissenschaftlichen Aspekt der Bereich der postrehabilitativen Phase und „ihrer Vorbereitung in den Kliniken (u.a. Nachsorgeempfehlungen) noch weitestgehend eine `terra incognita‘“ (Gerdes, 2005, S. 9). Dieser Sachverhalt war Anlass, sich eingehender mit der Umsetzung von Nachsorgemaßnahmen in der medizinischen Rehabilitation auseinanderzusetzen. Zum einen sollten in einer Untersuchung (Querschnittsstudie) aus dem Einzugsgebiet der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken die Anzahl und die verordneten Kategorien der Nachsorgeempfehlungen erhoben werden. Zum anderen sollte eruiert werden, welche Faktoren den Rehabilitanden positiv beeinflussen, die Empfehlungen zur Nachsorge, die in der stationären Phase der Rehabilitation durch den Stationsarzt erhoben worden waren, umzusetzen. Auch sollten die Faktoren erarbeitet werden, welche diese Umsetzung erschweren bzw. behindern.

3.2 Fragestellung

Im Vordergrund der Untersuchung stand die Frage, in welchem Umfang die Empfehlungen zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation, die im Abschlussbericht der Rehakliniken definiert sind, tatsächlich umgesetzt werden.

Explizit sollen mit der vorliegenden Studie folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie viele Empfehlungen zur Nachsorge werden von den Fachkliniken für Rehabilitation insgesamt ausgesprochen und in welchen Kategorien?

- Gibt es Unterschiede in der Art, wie Reha-Nachsorge angeregt und dem Patienten vermittelt wird? Und haben diese einen Einfluss auf die Umsetzung?
- Welche Hindernisse und welche förderlichen Faktoren lassen sich identifizieren, die das Umsetzen von Reha-Empfehlungen zur Nachsorge erleichtern oder erschweren?

4. PROBANDEN UND METHODEN

4.1 Einführung in die Gesamtstudie

Die vorliegende empirische Untersuchung fand in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken in Form einer retrospektiven Follow-Up-Studie bezüglich der postrehabilitativen Nachsorgeempfehlungen sowie deren Umsetzung statt. Im datenschutzrechtlichen Rahmen wurden die Entlassungsberichte einer Stichprobe von DRV-Rehabilitanden zur Datenanalyse zur Verfügung gestellt. Die Studie ist in folgende zwei Themenkomplexe unterteilt: Zum einen wurden die Anzahl und Art der Empfehlungen zur Nachsorge im standardisierten Teil des Entlassungsberichtes der Rehabilitationskliniken sowie seiner freitextlichen Ausführung erfasst. Zum anderen wurden im Rahmen eines telefonischen Interviews mit den stichprobenartig ausgewählten Probanden anhand eines standardisierten Fragebogens förderliche Faktoren sowie Hindernisse der Umsetzung dieser Nachsorgeempfehlungen ermittelt.

4.2 Rekrutierung der Probanden

Rehabilitationsmaßnahmen sowie deren Nachsorgeprogramme sind sehr heterogen und vielschichtig. Damit überhaupt ein Vergleich möglich war, um Tendenzen der positiven wie auch der negativen Einflüsse auf die empfohlene Nachsorge-Umsetzung der Probanden erschließen zu können, war die Konzentration auf einen relativ homogenen Diagnosepool der medizinischen Rehabilitation nötig. Zu diesem Zwecke boten sich ehemalige Rehabilitanden mit Erkrankungen des Bewegungsapparates an, denn bekanntlich ist dies die häufigste Erkrankungsgruppe in der medizinischen Rehabilitation. In ihrem Artikel „Orthopädische Rehabilitation der BfA – Stand und Perspektiven“ heben Rose et al. (2002) hervor, dass „für die Rentenversicherung (...) die Erkrankungen des Bewegungsapparates vor allem aufgrund ihrer Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit bedeutsam“ sind. Sie zeigen, dass „im Jahr 2000 allein durch die Angestelltenversicherung (AV)“ im orthopädischen Indikationsbereich „141.038 Rehabilitationsleistungen in stationärer Form durchgeführt“ wurden, „was einem Anteil von 39% der stationären Maßnahmen entspricht“ (Rose et al., 2002, S. 4).

Um den Rahmen einer telefonischen Befragung nicht zu sprengen, wurde eine Stichprobe von $n = 50$ Probanden mit orthopädischen Erstdiagnosen nach erfolgter medizinischer Rehabilitation aus dem Datenpool der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken gewählt.

4.2.1 Erhebung der registrierten Nachsorgeempfehlungen

Um einen umfassenden Überblick über Anzahl und Art der unterschiedlichen verordneten Empfehlungen zur Nachsorge zu erhalten, bedurfte es der Auswertung des standardisierten und nichtstandardisierten Teils des ärztlichen Entlassungsberichtes der Rehakliniken. Der Erhebungszeitraum belief sich auf eine zeitliche Distanz zwischen Entlassungsdatum aus der stationären Rehabilitation und telefonischem Interview von circa drei Monaten.

Zu den Empfehlungen zur Nachsorge wurden aus dem Entlassbrief im Erfassungsbogen zusätzlich persönliche Probandendaten registriert, die in der späteren Diskussion als mögliche Einflussgrößen dienlich waren, wie beispielsweise die Zeit nach Entlassung bis zur Befragung und die Dauer des stationären Aufenthalts sowie der Reha-Klinik-Name. Angaben zur familiären, privaten und auch beruflichen Situation wurden ebenfalls, soweit als möglich, den archivierten Daten entnommen.

4.2.2 Telefoninterview zur Umsetzung und Problematik von Nachsorgeempfehlungen

Um Näheres zu Einstellungen und Umsetzungen der Nachsorgeempfehlungen sowie zu Hindernissen und förderlichen Faktoren zu erfahren, wurden die 50 Probanden in einem telefonischen Interview anhand eines standardisierten Leitfadens befragt. Dessen Inhalt war zuvor mit dem leitenden Arzt der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken, Herrn Dr. Holderied, eingehend abgestimmt worden. Der Interviewleitfaden ist im Anhang beigelegt.

Der Interviewbogen ist in drei Hauptteile unterteilt: Zuerst Erhebung von weiteren persönlichen Angaben wie das familiäre Umfeld mit Familienstand, häuslicher Wohnsituation, Anzahl der im Haushalt lebenden Personen inklusive minderjähriger Kinder, ferner Wohnumfeld und Angaben zur aktuellen beruflichen Tätigkeit. Der zweite Teil befasst sich mit speziellen Fragen zu den einzelnen im jeweiligen Entlassungsbrief notierten Nachsorgeempfehlungen. Im dritten Teil werden allgemeine Einschätzungen des Probanden zum verbleibenden Erfolg der vergangenen stationären Rehabilitation erfragt sowie Bewertungen einzelner Institutionen im Nachsorgeprozess. Abschließend konnten die Probanden individuell Anregungen nennen und Statements zur Rehabilitationsnachsorge abgeben.

Die Antwortmöglichkeiten waren in folgende Modi unterteilt: Ein Großteil der Fragen waren nominalskaliert mit den Antwortmöglichkeiten „*ja - noch nicht, aber geplant - nein*“ oder einer Auswahl aus konkreten Angaben zur Klassifizierung qualitativer Eigenschaftsausprägungen (z.B. der Familienstand). Weiter wurde mit Rangskalen gearbeitet, die für den Probanden leicht verständlich an das schulische Zensurensystem Deutschlands angelehnt waren, die Bewertung „1“ als „sehr gut“ bis „6“ als „ungenügend“ standen zur Verfügung. So konnten die Aussagen nachher genauer gewichtet werden. Im Falle von Zeit- und Ortsangaben war die Intervallniveauskalierung vorgesehen (z.B. Entfernungen in Kilometerdistanzen). Auch wurden rationalskalierte Antwortmöglichkeiten im Fragebogen verwendet, zum Beispiel bei physischen Messvariablen wie dem Körpergewicht.

4.2.3 Codierung der Probandendaten

Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgte eine Codierung der Probandendaten. Der Erfassungsbogen der Probandendaten wurde unterteilt in einen Teil A, der den Namen, das Geburtsdatum sowie Telefonnummern enthält, welcher ausschließlich zum Verbleib in der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken vorgesehen ist. Der Teil B enthielt eine aus den Patientendaten abgeleitete Codierung, weshalb dieser Teil auch zur Auswertung frei zur Verfügung stand. Der Code setzt sich zusammen aus den jeweils ersten Buchstaben von Vor- und Zuname plus Geburtsdatum beginnend mit Tag, dann Monat und Geburtsjahr. Zudem wurde für einen weiblichen Probanden die Ziffer 1, für einen männlichen die Ziffer 2 zum Schluss angefügt.

z.B. Manfred Mustermann, geboren am 31.12.1955, männlich
→ CODE: MM311219552

Dieser Code wurde zur Kennung ebenfalls auf den jeweils zugehörigen Interviewbogen übertragen.

4.3 Konzeption der Datenerhebung und Befragung

4.3.1 Erhebung der Anzahl und der Art von postrehabilitativen Nachsorgeempfehlungen

Die Deutsche Rentenversicherung Unterfranken stellte die registrierten Daten der Entlassungsberichte zur Verfügung, um eine Auswertung der Anzahl der von den Ärzten der Rehabilitationskliniken im standardisierten Teil des Entlassungsberichtes angekreuzten Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen vornehmen zu können. Dabei wurde von $n = 50$ Entlassungsberichten die Häufigkeiten folgender angekreuzter empfohlener Nachsorgemaßnahmen erhoben:

- Diagnostische Klärung
- Stationäre Behandlung
- Operation
- Psychotherapie
- Rehabilitationssport
- Funktionstraining
- Selbsthilfegruppe
- Ambulante Rehabilitation bei Sucht
- Vorstellung Suchtberatung
- Spezielle Nachsorge
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Berufsfördernde Leistung prüfen
- Gewichtsreduktion
- Alkoholkarenz
- Nikotinkarenz
- Heil- und Hilfsmittel
- Sonstige Anregung

4.3.2 Durchführung der telefonischen Interviews

Die Probanden wurden in ihrem häuslichen Umfeld unter ihrer im Entlassungsbericht vermerkten Telefonnummer kontaktiert. Zuerst wurden sie allesamt von Absicht und Ziel des Interviews informiert und über die absolute Anonymisierung ihrer Angaben und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung aufgeklärt. Im Anschluss daran wurde die ausdrückliche Genehmigung zur Durchführung des Interviews eingeholt. Sodann wurden die Probanden explizit mit den verschiedenen Typen der Antwortmöglichkeiten der Befragung vertraut gemacht. So sollte Fehlerquellen durch falsche Angaben wegen Unverständnisses des Antwortmodus sowie durch Antworten, die von sozialer Erwünschtheit geprägt sind, vorgebeugt oder diese zumindest reduziert werden.

Um einen Einstieg in das Interview zu finden, wurden die Probanden zu ihren Erfahrungen in ihren absolvierten Rehabilitationsmaßnahmen befragt. Partiiell war es den Probanden möglich, frei formulierte Antworten zu geben. Im Anschluss daran wurden genaue Daten zur Umsetzung der in dem standardisierten Teil des Entlassungsberichtes durch den Arzt speziell für sie empfohlenen Maßnahmen erhoben. Dazu gehörte zunächst die Frage, ob sich der ehemalige Reha-Klient der Empfehlung überhaupt bewusst war, dann die weiteren Fragen, wie/ob er die Umsetzung geschafft hat und warum er, falls dies der Fall war, diese nicht umsetzte bzw. was ihm dazu verhalf, weiter diese Maßnahmen im alltäglichen Leben zu integrieren. Aus der Sicht des Probanden sollte schließlich die Rolle des Hausarztes bzw. betreuenden Arztes, der ehemaligen Reha-Klinik, der Versicherungsträger sowie des persönlichen Umfeldes als Einflussfaktoren auf die Ausführung bzw. Nichtbeachten dieser Empfehlungen erörtert werden.

4.4 Statistische Methoden

Zum Vergleich der erhobenen Daten wurde in der vorliegenden Arbeit mit dem Software-Statistikpaket SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 10.0 für Windows, gearbeitet.

Zur Überprüfung und Sicherung der Qualität der Dateneingabe wurden bei ca. 15% zufällig ausgewählter Fälle die Daten nochmals genau auf mögliche Eingabefehler beim Transfer der Ergebnisse in das Programm kontrolliert (nochmaliger Vergleich mit den Originalbögen).

Die deskriptive Statistik umfasste Prüfung auf Normalverteilung mit Angaben von Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung sowie Häufigkeiten und Kreuztabellen.

Zusammenhänge zwischen nominal- und ordinalskalierten Variablen wurden in Form von Kreuztabellen dargestellt und mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests auf signifikante Unterschiede getestet. Der t-Test wurde bei Intervallskalenniveau eingesetzt.

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

Unterschiede wurden als signifikant festgelegt, wenn die Nullhypothese mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 5 % ($p \leq 0,05$) verworfen werden konnte.

5. ERGEBNISSE

5.1 Soziodemographische Daten

Die Angaben zu den soziodemographischen Daten entstammen den Antragsformularen und Abschlussberichten aus den Versichertenakten der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken.

Geschlechtsverteilung. Der überwiegende Anteil der Teilnehmer ($n=38$; 76,0%) war männlich. Die Aufteilung entspricht der Geschlechtsverteilung bei den Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken.

Altersstrukturierung. Das durchschnittliche Alter betrug 46,9 Jahre (SD 7,51). Das Durchschnittsalter der Frauen in der Stichprobe betrug im Mittel 45,0 Jahre, das der Männer 47,5 Jahre (vgl. auch Abbildung 1).

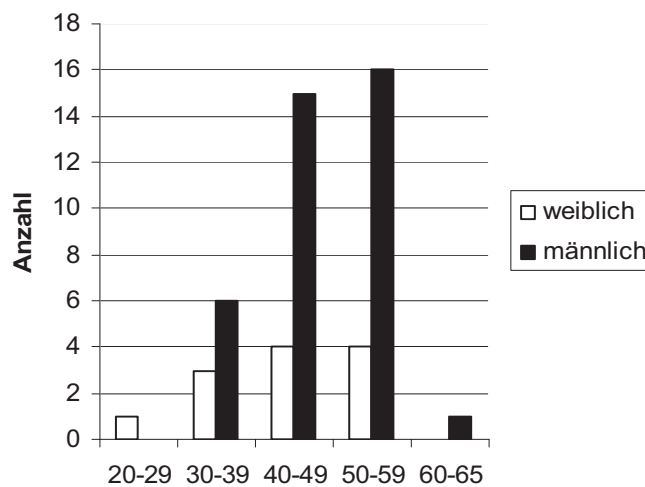


Abb. 1: Altersintervalle in Jahren

Schulbildung. 44 der 50 Probanden (88,0%) besaßen einen Hauptschulabschluss, 3 (6,0%) erlangten den Bildungsgrad der Mittleren Reife. Zwei Probanden (4,0%) waren in der Sonderschule. Eine Person hatte keinen regulären Schulabschluss (siehe Abbildung 2).

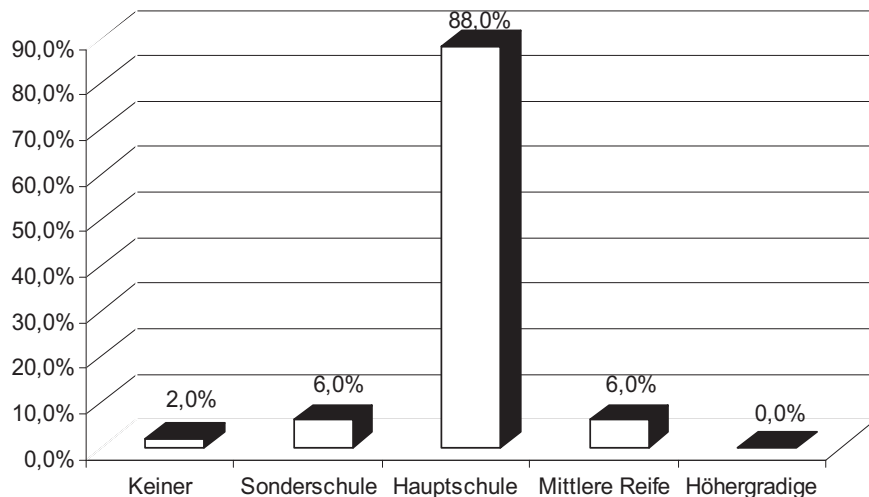


Abb. 2: Verteilung der Bildungsabschlüsse

Berufsausbildung. 42 der Studienteilnehmer (84,0%) hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung. Zwei davon hatten zusätzlich eine Meisterprüfung absolviert.

Beruf. Die Mehrzahl der Probanden gab den Grad des Facharbeiters an (n=26; 52,0%). 13 Probanden (26,0%) waren auf dem Status des ungelernten Arbeiters in ihrem Berufszweig tätig. Als angeleitete Arbeiter in einem anerkannten Anlernberuf waren 8 im Angestelltenverhältnis beschäftigt (16,0%). Ein Befragter befand sich in Ausbildung bzw. Lehre. Auf den Status des Meisters war eine Person aufgestiegen. Ein Proband befand sich bei Erhebung der Studie im Angestelltenverhältnis (siehe Abbildung 3).

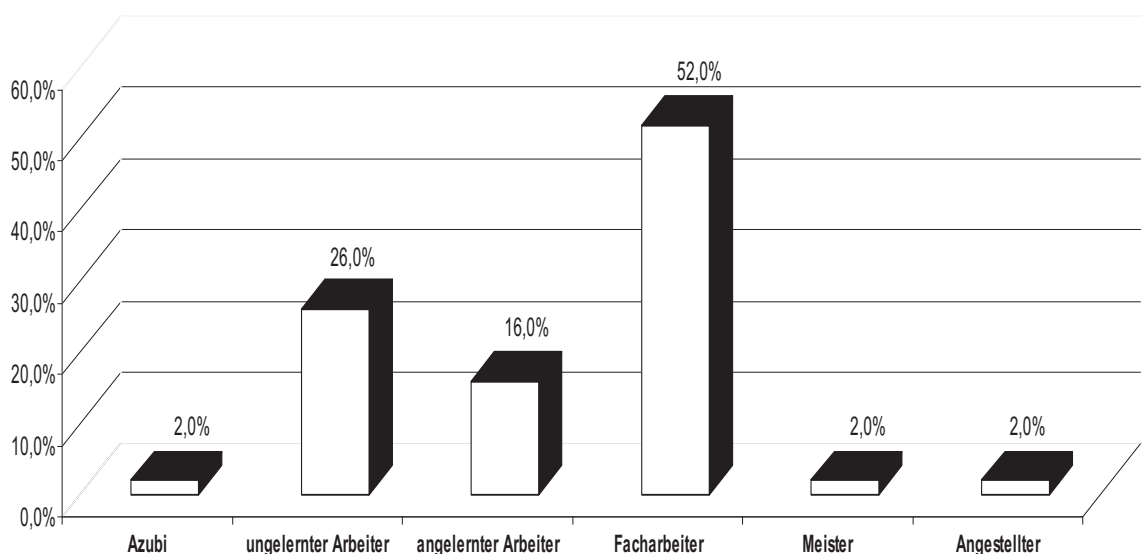


Abb. 3: Beruflicher Status

Berufliche Arbeitsorganisation

Wöchentliche Arbeitszeit. Durchschnittlich leisteten die Probanden 33,11 Stunden pro Woche an Dienstzeit (SD 14,24) in ihrer Arbeitsstelle. Frauen hatten im Schnitt eine wöchentliche Arbeitszeit von 22,58 Stunden (SD 15,70), Männer 36,43 Stunden (SD 12,17).

Arbeitszeitregelungen. Von den 45 Probanden, die während der Studie in einem Arbeitsverhältnis standen, befanden sich 16 (35,6%) in einer Beschäftigung mit ausschließlich Tagdienst ohne Schichtsystem. 24 (64,4%) waren in einem Schichtsystem unterschiedlicher Art integriert. Dies bedeutete, ihre Früh-, Spät- und Nachtdienste wechselten in verschiedenen Konstellationen im wöchentlichen oder täglichen Rhythmus.

Distanz zur Arbeitsstelle. Angaben zur Entfernung des Wohnortes von der Arbeitsstelle wurden von 45 der 50 Befragten gemacht, die Übrigen waren arbeitslos. Die mittlere Distanz zur Arbeit betrug bei den Antwortenden 14,60 km (SD 14,28 km).

Mobilität. Ferner wurde nach dem Vorhandensein bzw. Möglichkeiten des Zugriffs der Probanden auf ein Kraftfahrzeug oder öffentliche Verkehrsmittel gefragt. Dies wurde von 45 Interviewten (90,0%) bejaht.

Familienstand. Von der Gesamtzahl von 50 befragten Personen waren 5 (10,0%) ledig. Die Mehrzahl mit 36 Personen (72,0%) war verheiratet oder lebte in einer eheähnlichen Gemeinschaft. Lediglich ein weiblicher Proband lebte in Trennung. Sechs von fünfzig Studienteilnehmern waren bereits geschieden (12,0%). Zwei der Probanden waren verwitwet (siehe Abbildung 4).

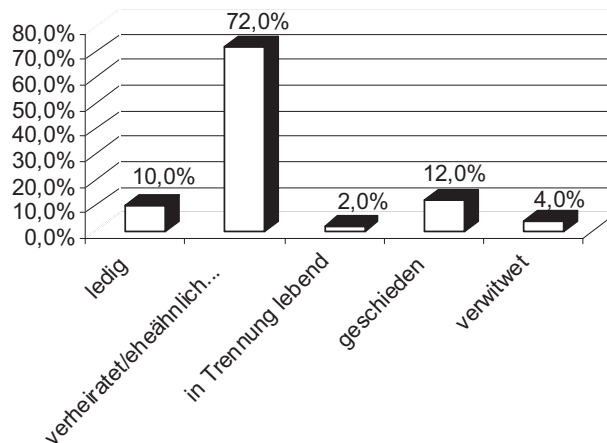


Abb. 4: Familienstand

Anzahl der Kinder. Die überwiegende Menge der Befragten, nämlich 27 (54,0%), hatten zum Zeitpunkt der Erhebung der Studie zwei Kinder, 12 (24,0%) hatten ein Kind. Bei 4 (8,0%) der Interviewteilnehmer fanden sich drei, bei 2 (4,0%) vier Kinder. 5 (10,0%) der Probanden hatten keine Kinder. Die durchschnittliche Anzahl der Kinder betrug insgesamt 1,72 (Standardabweichung 0,90).

Die Anzahl der im Haus lebenden minderjährigen Kinder betrug im Mittel 0,5 (Standardabweichung 0,93). Während die Mehrzahl von n=36 (72,0%) der Interviewten sagten, dass kein minderjähriges Kind im Haushalt lebe, lebten n=6 (12,0%) mit einem oder zwei Minderjährigen in häuslicher Gemeinschaft. Eine Person hatte drei und eine weitere Person hatte vier Kinder unter 18 Jahren im häuslichen Umfeld zu versorgen.

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen. 11 Probanden lebten in einem Singlehaushalt (22,0%), 15 der Befragten wohnten in einem Zweipersonenhaushalt (30%). Wiederum 11 Befragte lebten zu dritt (22,0%) und 19 in einem Vierpersonenhaushalt (26,0%).

Wohnliches Umfeld. Die meisten Befragten mit n=33 (66,0%) lebten in einer dörflichen Gemeinde. n=10 (20,0%) lebten in einer Kleinstadt. Als Großstadt galten für das Einzugsgebiet der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken die Städte Würzburg, Schweinfurt und Aschaffenburg mit einer Einwohnerzahl über 50 000, in denen n=6 (12,0%) der Interviewten ihren ständigen Wohnsitz angaben (siehe Abbildung 5).

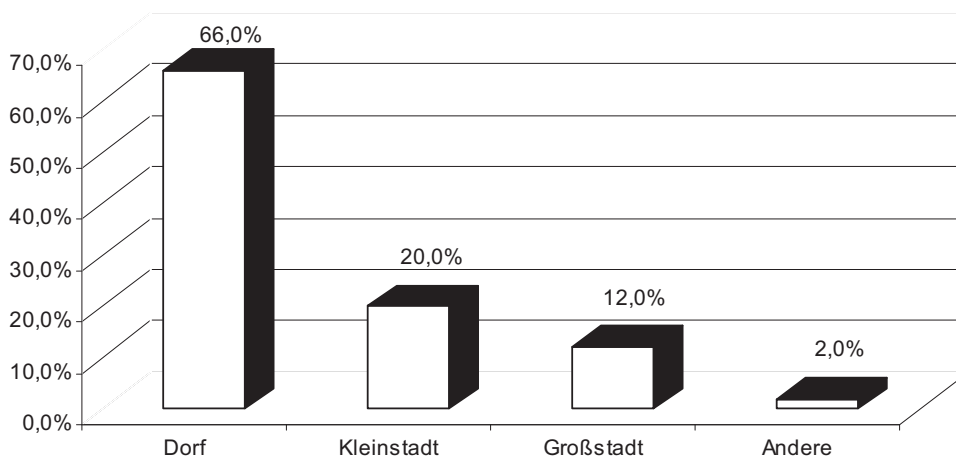


Abb. 5: Wohnliches Umfeld

5.2 Daten bezüglich des letzten Aufenthaltes in medizinischer Rehabilitation

Der folgenden Auflistung sind die einzelnen Rehabilitationskliniken zu entnehmen, in denen die Befragten ehemals ihren stationären Aufenthalt verbrachten. Mit angefügt ist die Anzahl der Probanden, die in der jeweiligen Klinik war. Bei den meisten Institutionen handelt es sich um Schwerpunkthäuser mit Spezialisierung hinsichtlich muskuloskeletaler Erkrankungen.

Die drei Häuser, die am häufigsten vorkamen, sind die Ohlstadtlinik mit $n=12$ (24,0%), die Rheumaklinik Bad Aibling mit $n=11$ (22%) und die Frankenklinik Bad Kissingen mit $n=8$ (16%) (vgl. Tabelle 3).

Aufenthaltsdauer in der Reha. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes in der stationären medizinischen Rehabilitation betrug 27,10 Tage (SD 3,14). Bei 64% ($n=32$) der Befragten war ein Aufenthalt von 28 Tagen, bei 20 % ($n=10$) von 22 Tagen zu erheben.

Tabelle 3: Rehabilitationskliniken der stationären Aufenthalte der Befragten

Rehaklinik	Anzahl der Probanden	Häufigkeit in Prozent
Ohlstadtlinik	12	24,0%
Rheumaklinik Bad Aibling	11	22,0%
Frankenklinik Bad Kissingen	8	16,0%
Sinntalklinik Bad Brückenau	6	12,0%
Bavariaklinik Freyung	3	6,0%
Rheumaklinik Bad Füssing	2	4,0%
Frankenlandklinik Bad Windsheim	1	2,0%
Reha-Klinik Damp	1	2,0%
Höhenklinik Bischofsgrün	1	2,0%
Klinik Norddeich	1	2,0%
Orthopädische Klinik Tegernsee	1	2,0%
Reithofpark-Klinik, Bad Feilnbach	1	2,0%
Blumenhofklinik Bad Feilnbach	1	2,0%
Klinik Herzoghöhe Bayreuth	1	2,0%

Diagnosen laut ICD-10-GM als Indikationen zur medizinischen Rehabilitation. Die Entlassungsdiagnosen der vorangegangenen stationären medizinischen Rehabilitation umfassten überwiegend muskuloskeletale Erkrankungen nach ICD-10-GM (DIMDI, 2008). Nachfolgend werden die Diagnosen an erster, zweiter, dritter, vierter und letztmöglich fünfter Stelle mit ihren Häufigkeiten aufgereiht. Am häufigsten fallen Erkrankungen des Rückens auf (M545, M530, M531), u. zwar in allen fünf Diagnosefeldern des standardisierten Formulars zum Antrag auf stationäre Rehabilitation. Allein im Feld der Erstdiagnose wurden 38 Erkrankungen des Bewegungsapparates eruiert (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Entlassungsdiagnosen der Probanden nach ICD-10-Kapiteln in den fünf Diagnosefeldern

Diagnose nach ICD-10-Kapitel	Diagnosefeld					Gesamtzahl pro ICD-10-Kapitel n (in Prozent)
	1.	2.	3.	4.	5.	
A - Bestimmte infektiöse/parasitäre Erkrankungen	0	1	0	0	0	1 (0,5%)
C - Neubildungen	0	1	0	0	1	2 (1,0%)
D - Neubildungen	0	0	1	0	0	1 (0,5%)
E - Endokrine, Ernährungs-/ Stoffwechselkrankheiten	3	1	11	11	4	30 (15,8%)
F - Psychische/ Verhaltensstörungen	2	2	1	3	2	10 (5,3%)
G - Krankheiten des Nervensystems	0	0	2	0	1	3 (1,6%)
H - Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes	0	0	0	0	1	1 (0,5%)
I - Krankheiten des Kreislaufsystems	4	2	2	3	4	15 (7,9%)
J - Krankheiten des Atmungssystems	0	0	0	1	1	2 (1,0%)
K - Krankheiten des Verdauungssystems	0	0	0	0	1	1 (0,5%)
M - Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	38	42	20	10	4	118 (62,1%)
N - Erkrankungen des Urogenitalsystems	0	0	1	0	1	2 (1,0%)
Q - Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0	0	1	0	0	1 (0,5%)
R - Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	2	1	0	1	0	4 (2,1%)
S - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1	0	1	0	0	2 (1,0%)
Z - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0	0	0	1	0	1 (0,5%)
Anzahl pro Diagnosefeld	50	50	40	30	20	190 (100%)

Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden lediglich die acht häufigsten Diagnosen, vorkommend in den Diagnosefeldern 1-5, detaillierter in Tabelle 5 genannt.

Tabelle 5: Die acht am häufigsten genannten Diagnosen

Diagnose in ICD-10	Häufigkeit	Diagnose im Volltext
M 545	18	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens im Thorakolumbalbereich mit Kreuzschmerz inkl. Lumbago, Lendenschmerz oder Überbelastung in der Kreuzbeinregion
E 660	14	Adipositas
M 544	6	Lumboischialgie mit Lumbago
M 754	6	Impingement-Syndrom der Schulter
F 171	6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak – Schädlicher Gebrauch
M 530	6	Zervikocephales Syndrom
M 531	5	Zervikobrachiales Syndrom
I 100	4	Benigne essentielle (primäre) Hypertonie

5.3 Art und Anzahl der verordneten Nachsorgeempfehlungen im Entlassbericht

Um einen Gesamtüberblick über die Art der Empfehlungen zur Nachsorge durch die Rehabilitationsärzte sowie deren Gesamtzahl zu erhalten, bedurfte es der Auswertung einer größeren Anzahl an ärztlichen Entlassberichten der Reha-Kliniken. Sowohl jeweils der standardisierte Entlassbogen, in dem u.a. verschiedene Nachsorgemaßnahmen durch Ankreuzmöglichkeiten wählbar sind, als auch der offene Textteil des Entlassbriefes, also der nicht-standardisierte Teil, wurden auf Nachsorgeempfehlungen hin untersucht, um schließlich eine Gesamtauswertung der Empfehlungen vornehmen zu können.

**Anzahl und Art der verordneten Nachsorgeempfehlungen
im standardisierten und nicht-standardisierten (Freitext) Teil**

Tabelle 6: Anzahl der einzelnen Nachsorgeempfehlungen im standardisierten und nicht-standardisierten Teil des Entlassbriefes

Nachsorgeempfehlung	n = Häufigkeit an „Verordnungen“ im <u>standardisierten</u> Teil (Anzahl an Probanden in Prozent)	n = Häufigkeit an „Verordnungen“ im <u>nicht-standardisierten</u> Teil (Freitext) (Anzahl an Probanden in Prozent)
Diagnoseklärung	7 (14,0%)	19 (38,0%)
Stationäre Behandlung	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Operation	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Psychotherapie	3 (6,0%)	0 (0,0%)
Rehabilitationssport	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Funktionstraining	2 (4,0%)	0 (0,0%)
Selbsthilfegruppe	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Ambulante Reha Sucht	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vorstellung Suchtberatung	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Spezielle Nachsorge	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Stufenweise Wiedereingliederung	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Berufsfördernde Leistungen prüfen	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gewichtsreduktion	24 (48,0%)	0 (0,0%)
Alkoholkarenz	2 (4,0%)	0 (0,0%)
Nikotinkarenz	9 (18,0%)	0 (0,0%)
Heil- und Hilfsmittel	2 (4,0%)	3 (6,0%)
Sonstige Anregungen	5 (8 Einzelvermerke) (10,0%)	51 (75 Einzelvermerke) (80,0%)

5.4 Verordnete Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung

Nachfolgend ist eine Darstellung der speziellen Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen verordneten Nachsorgeempfehlungen einschließlich ihrer Umsetzung. In Tabelle 7 spiegelt, an welche im Entlassbrief dokumentierten Empfehlungen zur Nachsorge aus der vergangenen Reha sich der Proband noch erinnern kann bzw. ob diese seiner Meinung nach überhaupt an ihn vermittelt worden waren. Zusammenfassend waren die Nachsorgeempfehlungen den Probanden insgesamt gut erinnerlich.

Tabelle 7: Erinnerungsrate an erfolgten Nachsorgeempfehlungen

Nachsorgeempfehlung	Anzahl der Empfehlungen Gesamt	Ja, ich kann mich erinnern	Nein, ist nicht erfolgt	Ich weiß nicht mehr genau
Diagnoseabklärung	30	25	5	0
Psychotherapie	3	3	0	0
Rehabilitationstraining	43	40	2	1
Funktionstraining	2	0	2	0
Selbsthilfegruppe	1	0	0	1
Spezielle Nachsorge	0	0	0	0
Stufenweise Wiedereingliederung	1	1	0	0
Gewichtsreduktion	24	24	0	0
Alkoholkarenz	2	2	0	0
Nikotinkarenz	9	8	1	
Heil-/Hilfsmittel	5	4	1	0
Sonstige Anregungen	46	18	26	2
Summe	163	121	37	4

Weiter wurde erfragt, welche von diesen dokumentierten Nachsorgeempfehlungen dann tatsächlich, in welcher Form auch immer, in der Zeit nach der Rehabilitation in die Realität umgesetzt wurden. Als Antwortvarianten waren „ja“, „nein“ und „noch nicht, jedoch geplant“ möglich. Die Ergebnisse werden in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen

Umsetzung der Nachsorgeempfehlung	Anzahl der Empfehlungen gesamt	Ja	Nein	Noch nicht, jedoch geplant
Diagnoseabklärung	26	14	4	8
Psychotherapie	3	0	1	2
Rehabilitationssport	43	38	5	0
Funktionstraining	2	0	2	0
Selbsthilfegruppe	1	0	1	0
Stufenweise Wiedereingliederung	1	1	0	0
Gewichtsreduktion	24	16	8	0
Alkoholkarenz	2	1	1	0
Nikotinkarenz	9	8	1	0
Heil-/Hilfsmittel	5	3	2	0
Sonstige Anregungen	46	17	29	0
Summe	162	98	54	10

Einige Empfehlungsgruppen wurden gut umgesetzt, z.B. Rehasport, andere wie beispielsweise sonstige Anregungen wurden verhältnismäßig seltener verwirklicht. Welche Empfehlungen unter sonstige Anregungen genannt wurden, fassen Tab. 19 und 29 zusammen.

5.4.1 Diagnoseabklärung

Bei 26 Probanden wurde die Empfehlung „Diagnoseabklärung“ im Entlassbrief vermerkt. Dabei wurden n=14 (53,8%) Diagnoseabklärungen im standardisierten Teil des Entlassbogens angekreuzt, während bei den restlichen n=12 (46,2%) der Untersuchungsteilnehmer mindestens eine Empfehlung zur Diagnoseabklärung im Textzusammenhang des Entlassbriefes erwähnt worden war (vgl. Tabelle 9).

Insgesamt erhielten 26 Probanden addiert 30 Empfehlungen zur Diagnoseabklärung, wie obig aufgeführt. Von diesen 26 Befragten, waren für n=18 (69,2%) der Personen eine Empfehlung, für n=5 (19,2%) zwei verschiedene Bereiche der Diagnoseabklärung angemerkt bzw. für n=1 (0,4%) drei verschiedene Empfehlungen zur Diagnoseabklärung. Von den 30 verschiedenen

Abklärungen bezüglich einer Diagnose waren n=25 (83,8%) den Teilnehmern noch erinnerlich, dagegen n=5 (16,6%) nicht.

Tabelle 9: Die unterschiedlichen Nachsorgeempfehlungen zur Diagnoseabklärung

Diagnoseabklärung	Häufigkeit bezogen auf die Anzahl der Probanden	Vermerk (plus ggf. die Anzahl der Einzelvermerke insgesamt)
Abdomensonographiekontrolle	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Verdacht auf Leberverfettung, nutritiv-toxisch
Abklärung eines Schlafapnoesyndroms im Schlaflabor	1	
Abklärung nächtliches Schwitzen	1	
Diagnostik der Osteoporose	1	
Laborkontrolle	22	<ul style="list-style-type: none"> • Cholesterinwerte (2x) • Entzündungsparameter (2x) • Serumlipide (11x) • Harnsäurespiegel (5x) • Kreatininkinase (2x) • Nüchternblutzucker • HbA1c alle 3 Monate • Schilddrüsenparameter (2x) • Serumeisen • Blutbild (2x) • Leberenzyme (2x) • Stoffwechselfparameter (1x)
Neurochirurgische Diagnostik	1	<ul style="list-style-type: none"> • zur Abklärung einer Operationsindikation bei Bandscheibenvorfall
Neurologische Diagnostik	2	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom
Urologische Diagnostik	2	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Harnstau Grad I und unregelmäßig erweiterten Nierenbecken • Ohne Vermerk

Von den 26 verschiedenen vorgeschlagenen Diagnoseabklärungen waren, als die Befragung stattfand, n=14 (53,8%) bereits umgesetzt, n=4 (15,4%) waren zwar noch nicht erfolgt, ihre Umsetzung war jedoch geplant. n=8 (30,7%) der Empfehlungen zur Abklärung einer Diagnose waren nicht realisiert (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Zeit bis zur Umsetzung der Diagnoseabklärung

Zeit bis zur Umsetzung der verordneten und bereits durchgeführten Diagnoseabklärung nach Abschluss der stationären Rehabilitation	Häufigkeit
Nach 1-2 Wochen	26,7%
Nach 3-4 Wochen	33,3%
> 1 Monat	40,0%

Die fachärztliche Konsultation der Probanden zur Diagnoseabklärung zeigt folgende Häufigkeit. Eine Mehrfachnennung war hier möglich (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Häufigkeit ärztlicher Konsultationen zur Diagnoseabklärung

Ärztliche Diagnoseabklärung	Häufigkeit
Hausarzt	92,9%
Spezieller Facharzt	42,9%

In 10 Fällen erfolgte initiativ die Diagnoseabklärung durch den Hausarzt, in 13 Fällen vom Probanden selbst eingeleitet (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Initiative zur Diagnoseabklärung

Initiative zur Diagnoseabklärung	Häufigkeit „ja“
Hausarzt	10
Proband selbst	13
Andere Person	0

Bei den Befragten, die angaben, dass eine oder mehrere Diagnoseabklärungen nicht umgesetzt wurden, wurde nach der Ursache gefragt. Auch in diesem Fall waren mehrere Angaben möglich (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Ursachen nicht umgesetzter Empfehlung zur Diagnoseabklärung

Ursache	Häufigkeit
Keine weitere Diagnostik durch Hausarzt bzw. keine Überweisung zum Facharzt erhalten	10
Zwar durch Hausarzt Überweisung zum Facharzt erhalten, jedoch aus Zeitgründen bisher versäumt	1
Weitere Diagnoseabklärungen durch Proband vorab verweigert	0
Andere Gründe: 1 Angabe insgesamt: „Mangelnde Einsicht an der Notwendigkeit“	1

5.4.2 Psychotherapie

Von 50 befragten Rehabilitanden war für drei Personen eine Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie im Anschluss an die stationäre Rehabilitation aufgeführt worden. Alle drei Empfehlungen erfolgten im standardisierten Bereich des Entlassbriefes.

Keiner der drei Patienten hatte eine Nachsorge in Form einer Psychotherapie begonnen, obwohl bei allen bereits während des stationären Aufenthaltes psychotherapeutische Maßnahmen fest im Therapieplan integriert waren. Alle drei Versicherten konnten sich - auf Nachfrage - daran erinnern, dass ihnen geraten worden war, nach der Reha eine Psychotherapie zu beginnen.

Einer der drei hatte immerhin einen Termin für ein Erstgespräch vereinbart, auf den er noch zwei Monate warten musste, die beiden anderen hielten Psychotherapie für ineffektiv.

5.4.3 Rehabilitationssport

Diese Empfehlung wurde im standardisierten Teil des Entlassbriefes einmal gegeben. Zusätzlich konnten Empfehlungen zu sportlicher Betätigung (folgender Auflistung zu entnehmen) aus dem Freitext des Entlassschreibens erhoben werden, welche nicht im standardisierten Teil

des Entlassbriefes unter der Kategorie „Rehabilitationssport“ angekreuzt worden waren. Da es sich jedoch auch um sportliche Betätigungen handelte, wurden diese ebenfalls auf die Umsetzung hin untersucht. Hierfür wurde ebenfalls der Fragebogen „Rehabilitationssport“ herangezogen. Die Anzahl der betroffenen Probanden beträgt n=43 mit insgesamt 52 Einzelempfehlungen. Diese 43 in die Datenerhebung eingehenden Fälle mit sportlich orientierten Empfehlungen wurden jedoch unter der Fragestellung, welche Art und Anzahl an Nachsorgeempfehlungen erteilt worden sind, korrekterweise in der Häufigkeit unter der Kategorie nicht-standardisierte „Sonstige Anregungen“ aufgenommen.

- „Fortführen der erlernten krankengymnastischen Übungen in Eigenregie“ ggf. Zusatz: „unter gelegentlicher fachlicher Anleitung“, „Regelmäßige ausdauerorientierte sportliche Aktivität“, „Regelmäßige sportliche Betätigung auf mittlerem Belastungsniveau“
- „Moderater Ausdauersport im aeroben Bereich“
- „Muskeltraining“ ggf. 2-3x/Woche
- „Bei Bedarf (ambulante) Krankengymnastik verordnen“

Von den insgesamt 44 Probanden (standardisierte und nicht-standardisierte Empfehlungen) konnten sich noch n=41 (93,2%) erinnern, dass ihnen eine regelmäßige Fortführung körperlicher Bewegungsübungen und Sport auch nach der stationären Rehabilitation von ihrem Arzt im Abschlussgespräch bei der Entlassung aus der Reha nahe gelegt worden war (vgl. Tab. 7). Ein Proband war sich nicht mehr sicher, ob diese Empfehlung angesprochen wurde. 2 Befragte konnten eine Erwähnung der Empfehlung zur Fortführung weiterer sportlicher Übungen nicht bestätigen.

n=38 (88,4%) der Probanden gaben an, regel- oder zumindest unregelmäßig gemäß ihrer Empfehlung rehabilitative, sportliche Übungen durchzuführen. Fünf Personen (11,6%) gaben an, dass sie keine sportlichen Aktivitäten ausführen.

Die Auswertung der Dauer bis zum Beginn des empfohlenen rehabilitativen Sports nach dem Rehaufenthalt gliedert sich folgendermaßen. Von n=38 zum Bewegungswilligen begannen n=26 (52,0%) auch gleich damit in den ersten 1-4 Wochen nach Entlassung aus der stationären Reha, n=5 (10,0%) starteten ihr persönliches Sportprogramm erst nach 5-8 Wochen, ein Proband (2,0%) nach einem zeitlichen Abstand von 9-12 Wochen und wiederum ein Rehabilitand (2,0%) nach einer Zeit über 9 Wochen hinaus. N=5 (10,0%) der sportlich Aktiven führ-

ten einfach den bereits vor der stationären Rehabilitation in den Alltag integrierten Sport auch nach der Reha wie gewohnt fort (siehe Abbildung 6).

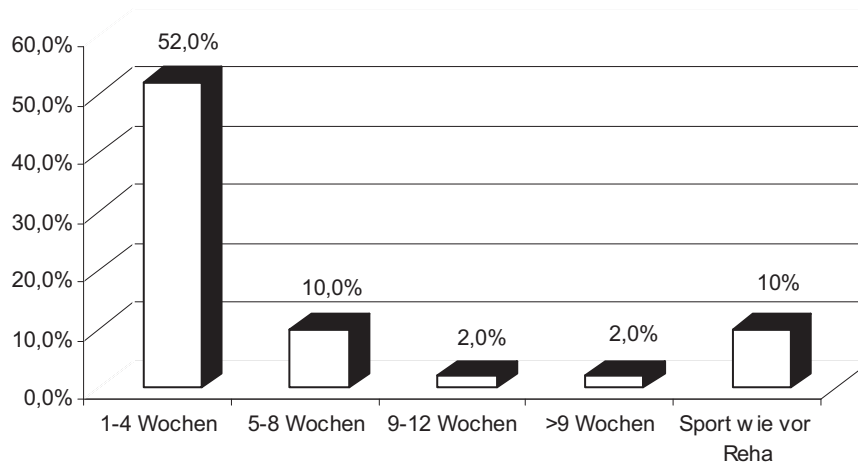


Abb. 6: Dauer bis zum Beginn mit rehabilitativem Sport nach der Reha

Wie die Rehabilitanden auf den Rehasport aufmerksam bzw. hierzu angeregt wurden, demonstriert nachfolgende Auswertung (Mehrfachantworten waren möglich). 32 (84,2%) der Personen mit der Verordnung „Rehasport“, die diesen auch aktiv betreiben, hatten ihrer Meinung nach gezielte Anregungen durch den stationären Aufenthalt in der medizinischen Rehabilitation erhalten. Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor bildet der betreuende Hausarzt. So wurden 9 (23,7%) der Befragten von ihm auf eine für sie passende sportliche Betätigung aufmerksam gemacht. Eine nicht unerhebliche Rolle spielen auch die nächsten Angehörigen und Familienmitglieder in der Auswahl der sportlichen Tätigkeiten (n=4; 10,5%). Unter der Kategorie „Andere“ verwiesen drei Probanden (7,9%) ausschließlich auf Selbstinitiative, auch nach der Reha sportlich weiterhin aktiv zu sein. Zudem wurden unter „Andere“ je einmal der „Physiotherapeut“, der „orthopädische Facharzt“, der „rheumatologische Facharzt“ und schließlich der „Sportverein“ angegeben. Keinen Niederschlag bezüglich der Motivation zur postrehabilitativen Betätigung fanden die „Krankenkassen“ oder „Mitpatienten/-rehabilitanden“ (siehe Abbildung 7).

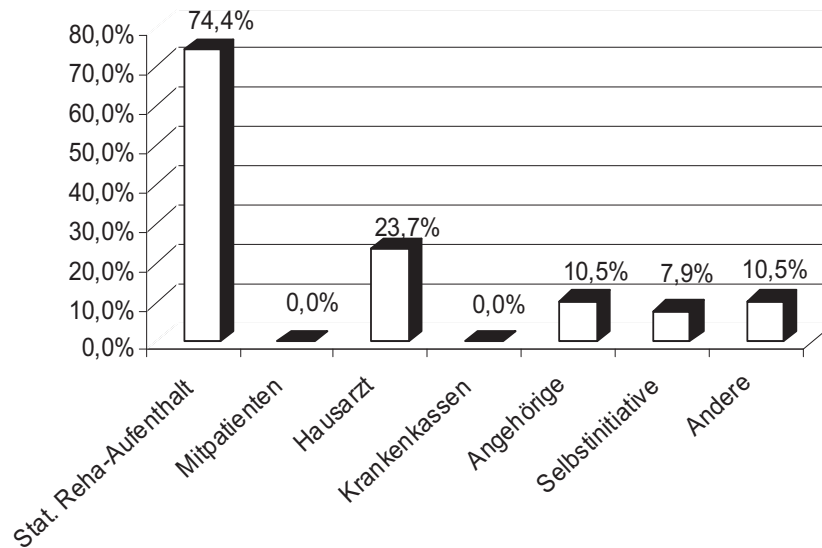


Abb. 7: Anregung zum postrehabilitativen Sport

Wo der postrehabilitative Sport praktiziert wird, wurde erhoben in den Items „Physiotherapeutische Praxis“, „Sportangebot an der Volkshochschule“, „Eigenes Sportprogramm“ und „Andere“. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 veranschaulicht. Es wurde von 6 Probanden (15,8%) angegeben, seit dem letzten stationären Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik unter fachlicher Anleitung spezielle krankengymnastische Übungen gemacht zu haben bzw. zum Zeitpunkt der Studie aktuell in physiotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein.

Kein Rehabilitand wandte sich postrehabilitativ eigeninitiativ zur Unterstützung der Reha-Erfolge an ein Sportangebot der Volkshochschule. Einem durch den stationären Aufenthalt angeregten individuellen Sportprogramm gingen nach ihren Angaben n=35 (70,0 %) der ehemaligen Rehabilitanden nach. Zudem übten 5 Personen (10,0%) weiterhin ein individuelles in der Reha erlerntes Übungsprogramm im nächstgelegenen Fitnessstudio aus (siehe Abbildung 8).

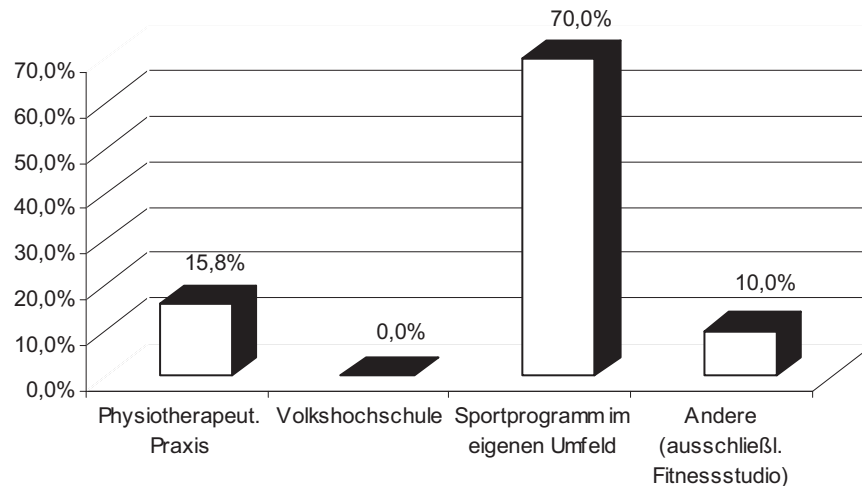


Abb. 8: Ort der postrehabilitativen sportlichen Betätigung

In Bezug auf die Häufigkeit der Ausübung rehabilitativen Sportes gaben 16 Befragte (42,1%) an, 1-2 x pro Woche regelmäßig zu trainieren. 3-4 x pro Woche würden 7 Probanden (18,4%) ihrer rehabilitativen sportlichen Betätigung nachkommen, 5-6 x pro Woche 3 (7,9%) und tagtäglich 7 (18,4%). Dagegen können 5 Personen (13,2%) nur seltener als einmal pro Woche ihre körperlichen Übungen durchführen (vgl. Abbildung 9).

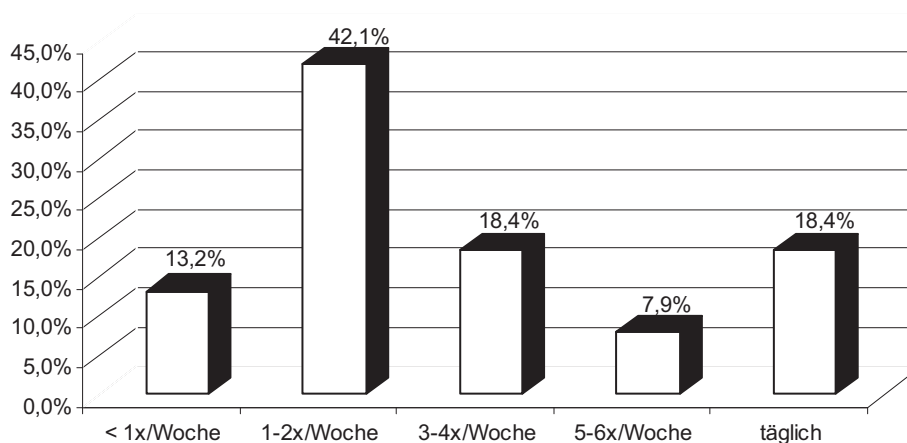


Abb. 9: Häufigkeit des sportlichen Trainings

Die Frage, ob man gerne häufiger trainieren wolle, bejahten 27 von den 38 sportlich Aktiven (71,1%), die übrigen 11 (28,9%) gaben ein klares „Nein“ hierfür an.

Um sich einen Überblick verschaffen zu können, welcher Art rehabilitativer Übungen oder Sportarten sich die Probanden laut Empfehlung in der Rehabilitation fit halten, gibt nachfolgende Tabelle 14 wieder.

Tabelle 14: Genannte Sportarten und Bewegungstrainings (Mehrfachnennung möglich)

Sportart	Häufigkeit
Rückenschule	0
Haltungs- und Wirbelsäulengymnastik	13
Spezielle Gymnastik <ul style="list-style-type: none"> • keine weitere Angabe • Bechterew-Gymnastik • Schultergymnastik 	6 1 1
Schwimmen	6
Fahrradergometer mit speziellem Programm	5
Andere: <ul style="list-style-type: none"> • Ballgymnastik • Radfahren • Gezieltes Krafttraining • (Nordic) Walking • Laufen • Wandern • „Fussball“ 	3 8 5 4 6 1 1

Im Fitnesscenter trainierten 5 Probanden (10,0%) mit der Verordnung „Rehasport“ mit speziell in der rehabilitativen Sportmedizin erlernten Techniken.

Welche Verbesserungen sich auf physischer und psychischer Ebene seit der regelmäßigen Umsetzung von rehabilitativen Sportübungen zeigten, wurde durch Items zur Verbesserung von „Lebensqualität“ erfragt. Diese konnten von den Befragten mit „gleichbleibend“, „besser“, „viel besser“ oder auch „schlechter“ bewertet werden (vgl. Tabelle 15).

**Tabelle 15: Verbesserungen auf physischer und psychischer Ebene
durch rehabilitativen Sport**

Verbesserung der:	Gleich bleibend	Besser	Viel besser	Schlechter
Schmerzen	27,0%	59,5%	13,5%	0,0%
Beweglichkeit	26,3%	60,5%	10,5%	2,6%
Körperl. Ausdauer	39,5%	50,0%	10,5%	0,0%
Stimmung	36,8%	52,6%	10,5%	0,0%
Lebensqualität	28,9%	63,1%	7,8%	0,0%

Welche Gründe den Einzelnen davon abhalten, mehr und regelmäßiger einer sportlichen Betätigung nachzugehen, zeigt Tabelle 16. In erster Linie wurde hier bei der Subgruppe der sportlich Aktiven berufsbedingter Zeitmangel genannt, gefolgt von Zeitmangel wegen Familie, Schmerzen, Bequemlichkeit und „keine Lust, alleine Sport zu betreiben“ (vgl. Tabelle 16).

**Tabelle 16: Hinderliche Faktoren für die regelmäßige Umsetzung
postrehabilitativen Sports bei Sportaktiven**

	Sehr	Etwas	Weniger	Nein
Zeitmangel wegen Beruf	50,0%	15,7%	26,0%	34,2%
Zeitmangel wegen Familie	10,5%	26,3%	0,0%	63,2%
Schmerzen	10,5%	23,7%	10,5%	55,3%
Bequemlichkeit	10,5%	21,1%	23,7%	44,7%
Keine Lust, allein Sport zu betreiben	2,6%	21,1%	10,5%	65,8%
Überzeugt von der Ineffektivität	0,0%	2,6%	0,0%	97,4%
Entfernung zum Ort der sportlichen Betätigung	2,6%	5,3%	0,0%	63,2%

Aus explorativen Gründen wurden im Folgenden die Hindernisse zusammengestellt, die von denjenigen fünf Befragten angegeben wurden, die den Empfehlungen zum Sport nach der Reha nicht nachkommen konnten oder wollten. Deskriptiv zeigt sich hier kein Unterschied in der Gewichtung und Reihenfolge der angegebenen Punkte (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Hinderliche Faktoren für die Umsetzung postrehabilitativen Sports bei Sportinaktiven

	Sehr	Etwas	Weniger	Nein
Zeitmangel wegen Beruf	4	0	1	0
Zeitmangel wegen Familie	1	0	1	2
Schmerzen	2	0	2	1
Bequemlichkeit	0	3	1	1
Keine Lust, allein Sport zu betreiben	0	0	0	5
Überzeugt von der Ineffektivität	0	0	0	5
Entfernung zum Ort der sportlichen Betätigung	0	0	0	5

5.4.4 Funktionstraining

Zwei Probanden wurde laut Entlassungsbericht die Nachsorgeempfehlung „Funktionstraining“ gegeben. Doch bei der Befragung, ob sie sich an diese Empfehlung erinnern können, verneinten beide Patienten dies. Somit erübrigten sich auch weitere Fragen zur Umsetzung.

5.4.5 Selbsthilfegruppe

Für eine Probandin wurde im Entlassbrief die Empfehlung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angekreuzt. Diese konnte sich nicht an eine solche Nachsorgeempfehlung erinnern. Auch hier entfielen entsprechend die Fragen zur Umsetzung. Sie habe auch keine Informationen über Selbsthilfegruppen erhalten.

5.4.6 Stufenweise Wiedereingliederung

Bei einem Probanden wurde im standardisierten Teil des Entlassbriefes „Stufenweise Wiedereingliederung“ ins Berufsleben empfohlen, die auch tatsächlich durchgeführt wurde und zum Zeitpunkt der Befragung bereits abgeschlossen war.

Der Zeitraum der Wiedereingliederung erfolgte über einem Zeitraum von zwei Wochen. Auf die Frage, ob sich rückblickend diese stufenweise Wiedereingliederung positiv auf seine Reintegration in das Berufsleben ausgewirkt hat, konnte der Proband diesem mit „Ja, sicher“ zustimmen. Die Akzeptanz der stufenweisen Wiedereingliederung im beruflichen Umfeld durch die unmittelbaren Kollegen beurteilt er als „sehr gut“, die Akzeptanz der Vorgesetzten beurteilt er ebenfalls als „sehr gut“.

5.4.7 Gewichtsreduktion

Die Nachsorgeempfehlung „Gewichtsreduktion“ war bei 24 (48,0%) Untersuchungsteilnehmern zu finden (6 Frauen, 18 Männer). Jeder Einzelne konnte sich noch aus der Zeit der stationären Rehabilitation an diese Empfehlung erinnern. Nach Ablauf von ca. drei Monaten seit Beendigung der Reha bis zur Befragung konnten 16 Befragte (66,6%) von einem Erfolg im Hinblick auf die Umsetzung dieser Empfehlung berichten, was bedeutete, dass das Körpergewicht weiter reduziert werden konnte bzw. dass das bereits in der Reha reduzierte Gewicht gehalten wurde. Bei 8 (33,3%) Probanden gelang die Umsetzung nicht.

Die Entwicklung von Körpergewicht und Body-Mass-Index. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) bei Antritt der stationären medizinischen Rehabilitation betrug bei den Rehabilitanden mit Gewichtsreduktionsempfehlung $33,7 \text{ kg/m}^2$ (SD 6,8), das Durchschnittsgewicht betrug zu diesem Zeitpunkt $102,2 \text{ kg}$ (SD 22,0). Bei den Frauen lag das durchschnittliche Gewicht bei $94,8 \text{ kg}$ und bei einem BMI von $35,1 \text{ kg/m}^2$, bei den Männern $104,7 \text{ kg}$ und einem BMI von $33,2 \text{ kg/m}^2$.

Nach einer durchschnittlichen Verweildauer von 27,1 Tagen reduzierte sich das Körpergewicht während des stationären Aufenthaltes im Mittel auf $99,8 \text{ kg}$ (SD 19,7), d.h. um $2,4 \text{ kg}$ gegenüber dem Ausgangsgewicht. Der BMI reduzierte sich um $0,8 \text{ kg/m}^2$ auf $32,9 \text{ kg/m}^2$ (SD 6,0). Beim weiblichen Geschlecht war zu diesem Zeitpunkt ein im Mittel um $2,1 \text{ kg}$ reduziertes Gewicht von $92,7 \text{ kg}$ (SD 21,7) erreicht worden, was einem um $0,8 \text{ kg/m}^2$ verringerten BMI von $34,3 \text{ kg/m}^2$ entspricht. Beim den männlichen Befragten stellte sich ein um

2,5 kg reduziertes Gewicht auf ein Gesamtmittel von 102,1 kg (SD 19,5) entsprechend einem BMI von 32,4 kg/m². Der BMI reduzierte sich somit um 0,8 kg/ m².

Bei der postrehabilitativen Befragung wurde eine weitere Reduktion des durchschnittlichen Gewichtes um weitere 2,0 kg auf 97,8 kg (SD 18,1) und des BMIs um weitere 0,6 kg/m² auf 32,3 kg/m² (SD 5,5) berichtet. Die Reduktion zeigte sich bei den 9 Frauen zur Zeit der Befragung mit einem mittleren Gewicht von 91,3 kg (SD 17,6), einem Minus um weitere 1,4 kg auf einen BMI von 33,8 kg/m². Das bedeutete eine weitere Gewichtsreduktion im BMI von 0,5 kg/m². Bei den 18 Männern erreichte das Durchschnittsgewicht dann 100,00 kg (- 2,1 kg) (SD 18,6) auf einen BMI um weitere 0,6 kg/m² reduziert auf 31,8 kg/m² (vgl. Tabelle18).

Tabelle 18: Zeitliche Entwicklung des Body-Mass-Index (BMI) und des Körpergewichts

Zeitpunkt	BMI in [kg/m ²]		Gewicht in [kg]	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Rehabeginn	33,7	6,8	102,2	22,0
Rehaende	32,9	6,0	99,8	19,8
Interview	32,3	5,5	97,8	18,1

Förderliche Faktoren für den Erfolg der Gewichtsreduktion bzw. das Halten des Gewichtes. Sowohl von Probanden, die ihr Gewicht seit der letzten Reha weiter reduzieren konnten, als auch von denen, die zumindest ihr Gewicht halten konnten, wurden folgende Gründe aus der Vorgabe ausgewählt, die zum Gewichtserfolg führten.

50,0% (n=12) gaben an, am Erfolg sei eine gute Diätberatung seitens der Reha-Klinik beteiligt. 33,3% (n=8) beriefen sich unter anderem auf den familiären Rückhalt bezüglich der Diät als Erfolgsgarant. Eine gemeinsame Diät mit einer nahe stehenden Person war für 12,5% (n=3) eine Möglichkeit, Gewicht zu reduzieren bzw. zu halten. Eine Mehrzahl (n=13, 54,2%) sah in regelmäßigem Sport die Lösung des Gewichtsproblems. 14 Befragte (58,33%) entschieden sich für eine konsequente Ernährungsumstellung als Teil eines gewichtsorientierten Lebens. Einer Fachliteratur zum Abnehmen bedienten sich zwei (8,3%) Probanden; an einem professionellen Seminar zur Gewichtsreduktion nahm lediglich eine Person teil (4,2%) (siehe Abbildung 10).

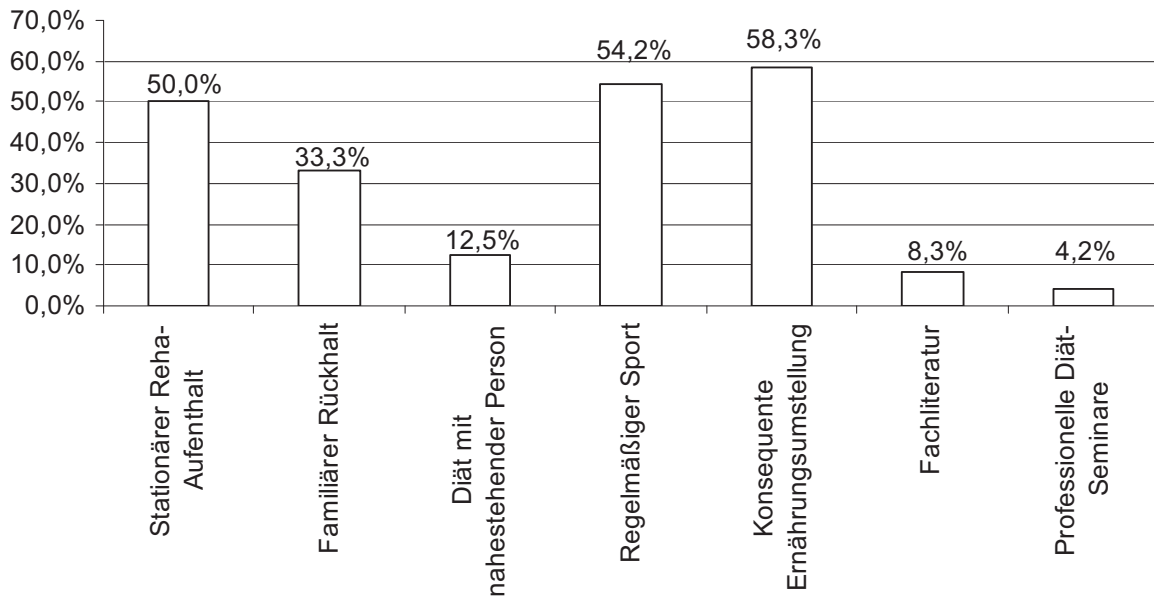


Abb. 10: Förderliche Faktoren für die Nachsorgeumsetzung Gewichtsreduktion
(mehrere Antworten möglich)

Hinderliche Faktoren für eine (weitere) Gewichtsreduktion. Gründe für den Misserfolg der empfohlenen Gewichtsreduktion konnten bei 6 Personen erhoben werden, da sie die empfohlene Nachsorge der Gewichtsreduktion nicht umsetzen konnten und seit Entlassung aus der stationären Rehabilitation an Körpergewicht zunahmen.

Nach Rückkehr in den gewohnten Alltag kehrte der Großteil, n=5 Personen, auch in die gewohnten Ernährungsfehler zurück. Ein Proband gab an, dass für ihn eine kalorienbewusste Ernährung unvorstellbar sei. Mangelnde Motivation machten 2 Teilnehmer verantwortlich. Mangelnde Unterstützung durch das Umfeld wurde dagegen von keinem der 6 Personen angegeben. Von 5 Personen wurde aber angegeben, zu wenig Zeit zur Verfügung zu haben, um ausreichend Sport zum Abnehmen zu treiben. 2 Personen erachteten eine Ernährungsumstellung im häuslichen Umfeld als zu schwierig. Die Ernährungsumstellung im Bezug auf die Umsetzung im Berufsleben war einer Person zu schwierig. Als ineffektiv erachtete ein Proband die Diätschulung während des stationären Aufenthaltes in der Rehabilitation. Als saisonale Schwankung des Gewichtes hinsichtlich der Befragung im Winterhalbjahr rechtfertigten 3 Probanden ihre Gewichtszunahme (siehe Abbildung 11).

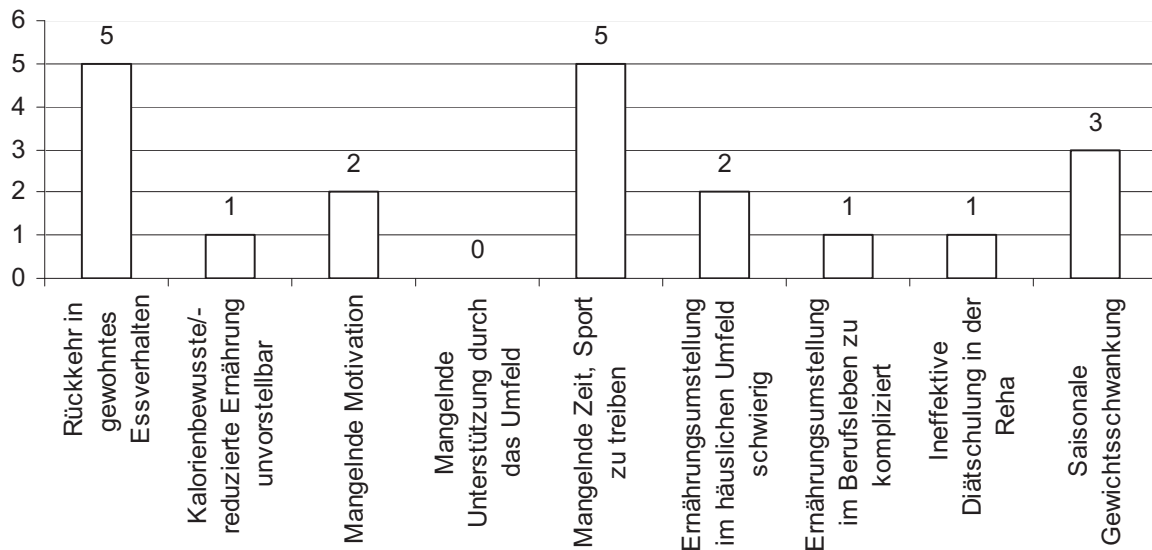


Abb. 11: Hinderliche Faktoren bei der Nachsorgeumsetzung Gewichtsreduktion
(mehrere Antworten möglich)

Diätentwicklung in Abhängigkeit vom Geschlecht. 4 von 6 weiblichen Probanden (66,6%) mit der Empfehlung Gewichtsreduktion konnten ihr Gewicht in der postrehabilitativen Phase weiter reduzieren bzw. auf dem in der Rehabilitation erreichten Wert halten. Bei den Männern waren es 14 von insgesamt 17 (70,6%).

Gewichtsentwicklung in Abhängigkeit vom Alter. Die Empfehlung Gewichtsreduktion wurde in den Altersgruppen 30 bis 65 Jahre ausgesprochen. Im Altersintervall 30-39 Jahre konnten 75,0% von einem Erfolg der Umsetzung dieser Maßnahme berichten, im Intervall 40-49 Jahre, welches die meisten Probanden mit dieser Empfehlung beinhaltete, waren 66,6% erfolgreich, Untersuchungsteilnehmer zwischen 50 bis 59 Jahren hatten einen Erfolg von 83,3% und auch der einzige Befragte im Altersintervall 60-65 Jahre konnte ebenfalls von einem positiven Ergebnis berichten.

5.4.8 Alkoholkarenz

Bei 2 von 50 Untersuchungsteilnehmern, beide männlichen Geschlechts, erfolgte im standardisierten Teil des Entlassbogens durch den zuständigen Reha-Arzt die Empfehlung einer strikten Alkoholkarenz auch nach Ablauf der stationären Rehabilitation. Diese beiden Probanden

waren sich dieser Empfehlung auch durchaus noch bewusst. In einer offenen Frage wurde die zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchschnittlich konsumierte Menge an Alkohol pro Tag erhoben. Während der eine Proband eine Menge von ca. 10 Bier pro Tag nannte, gab der andere ein Bier pro Woche an.

Anschließend wurden beide befragt, ob sie der Meinung sind, dass man sie bereits während der Reha über die Folgen eines weiteren verstärkten Alkoholkonsums im Bezug auf ihre Erkrankung klar und deutlich aufgeklärt hat, was beide mit „ja“ bestätigen konnten.

Bei dem Befragten, der den Alkoholkonsum zumindest einschränken konnte, wurde anhand verschiedener Items, die dem Anhang zu entnehmen sind, der Grund erfragt, was ihn dazu bewegen konnte. Eine Mehrfachnennung war in diesem Fall möglich. Er entschied sich für die Items „wegen der guten Betreuung in der Reha“ und „einfach diszipliniert aufgehört ohne irgendwelche Hilfsmittel“.

Bei dem Untersuchungsteilnehmer, der nach wie vor in der postrehabilitativen Phase keine Veränderung seines Trinkverhaltens aufwies, wurde nach der Ursache gefragt. Die vergebenen Items (Mehrfachnennung war möglich) sind dem Anhang zu entnehmen. Der Proband sprach sich für die Items „Aus reiner Gewohnheit“, „Zur Stressbewältigung“, „Kein ausreichender Druck von Umfeld“ und „Andere Gründe“ aus. Letztere erläuterte er damit, dass er den Geschmack von alkoholischen Getränken einfach gut fände.

5.4.9 Nikotinkarenz

Eine Empfehlung zur Nikotinkarenz war für 9 Probanden (18,0%) gegeben worden. 88,8% (n=8) Probanden konnten sich gut an diese Nachsorgeempfehlung erinnern. 1 war sich dieser Empfehlung nicht bewusst.

Auf die Frage, ob der einzelne seit der letzten stationären Reha ernsthaft versucht hätte, mit dem Nikotinkonsum aufzuhören, gaben n=5 (55,6 %) Personen „Ja, sehr“ an, n=2 (22,2%) „Eher ja“, n=1 (11,1%) „Eher nicht“ und wiederum n=1 (11,1%) „Nein, überhaupt nicht“ (siehe Abbildung 12).

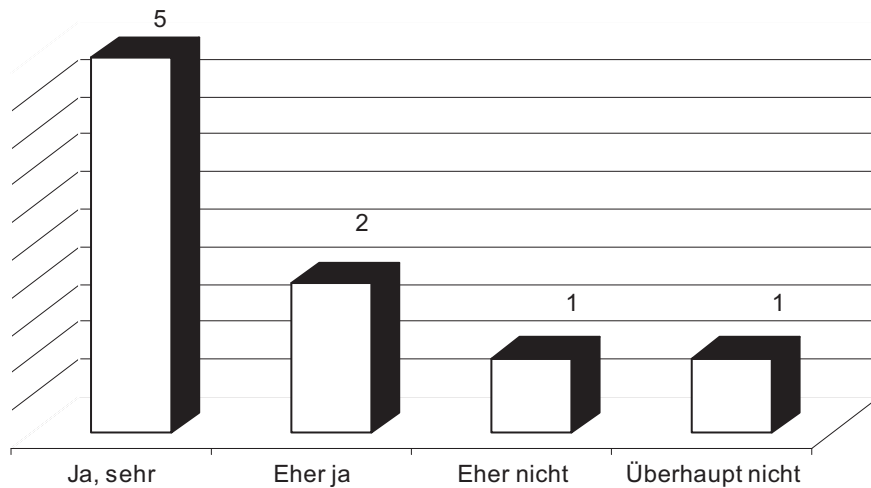


Abb. 12: Versuch der Nachsorgeumsetzung Nikotinkarenz

Vor Antritt der letzten stationären Reha rauchten die Teilnehmer noch durchschnittlich 19 Zigaretten am Tag. Zum Zeitpunkt des Interviews waren es nur noch ca. 6 Zigaretten pro Tag.

Die Dauer des Nikotinabusus wurde angegeben mit den Items seit „1-5 Jahre“ 1 mal, „11-20 Jahre“ 1 mal und „> 20 Jahre“ 7 mal.

Als Gründe für die Nikotinkarenz bzw. die erfolgreiche Reduktion der täglichen Nikotinmenge seit der letzten stationären Rehabilitation wurde je einmal „Unterstützung durch Reha-Klinik während stationären Aufenthaltes“, „Durch gemeinsame Entwöhnung mit nahe stehender Person“ und „Durch disziplinierte Beendigung des Nikotinkonsums“ genannt. Nicht genannt wurden „Durch Nikotinpflaster“, „Durch spezielle Literatur“, „Besuch von Seminaren“, „Durch Verhaltenstherapie“, „Durch Akupunktur/Heilpraktiker“ und „Andere Methoden“.

Als Ursachen für einen unverändert starken Nikotinabusus wurden die Antwortmöglichkeiten „Mangelnde Motivation“ 3 mal ausgewählt, „Raucher im Umfeld“ 4 mal, „Aus Gewohnheit“ 7 mal, „Zur Stressbewältigung“ 8 mal und „Nach Reha kurzzeitig aufgehört zu Rauchen, jedoch später wieder angefangen“ 2 mal. 1 mal wurden „Andere Gründe“ angeführt und näher ausgeführt mit der Begründung, der Nikotinkonsum sei „ohnehin verschwindend gering“. Nicht gewählt wurde „Angst vor Gewichtszunahme“ (siehe Abbildung 13).

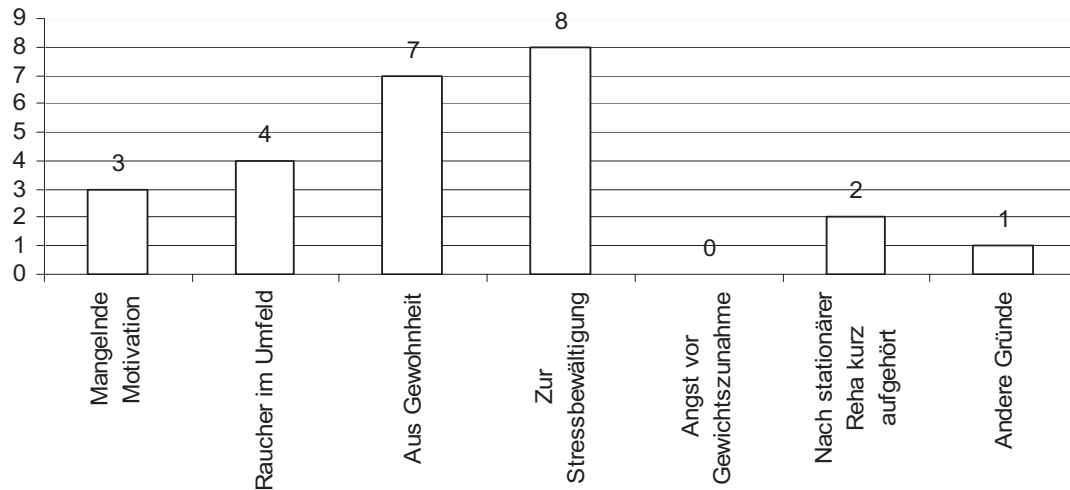


Abb. 13: Hinderliche Faktoren der Nachsorgeumsetzung Nikotinkarenz
(mehrere Antworten möglich)

Alle Probanden, die eine Empfehlung zur Nachsorge in Form von Nikotinkarenz hatten, wurden gefragt, wie sie Kurse durch ihren Versicherungsträger fänden, die sie darin unterstützen würden, sich dem Nikotinkonsum zu entwöhnen. Von „sehr gut“ mit 1 bis „sehr schlecht“ mit 6 war eine Bewertung möglich. Dabei ergab sich ein Gesamtmittelwert von 2,89 (SD 1,83). Daran knüpfte die Frage an, ob sie gerne an solchen Kursen teilnehmen würden. 37,5% wählten „ja, gerne“, „gerne“ 12,5%, „neutral“ 25,0%, „weniger gerne“ 12,5% und 25,0% „sehr ungerne“ (siehe Abbildung 14).

Mit einer Frage nach der Bewertung der Probanden hinsichtlich professioneller Entwöhnungsseminare wurde anhand der Rangordnung 1 für „sehr“ bis 6 „gar nicht“ eruiert. Dabei konnte ein Mittelwert von 3,89 (SD 1,76) erhoben werden (siehe Abbildung 15).

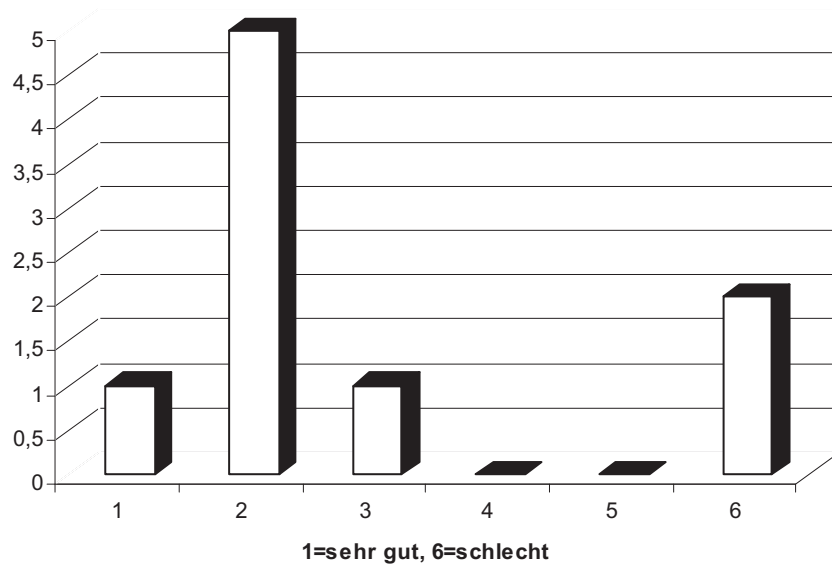


Abb. 14: Bewertung des Angebots potentieller Nikotinentwöhnungskurse durch Versicherungsträger

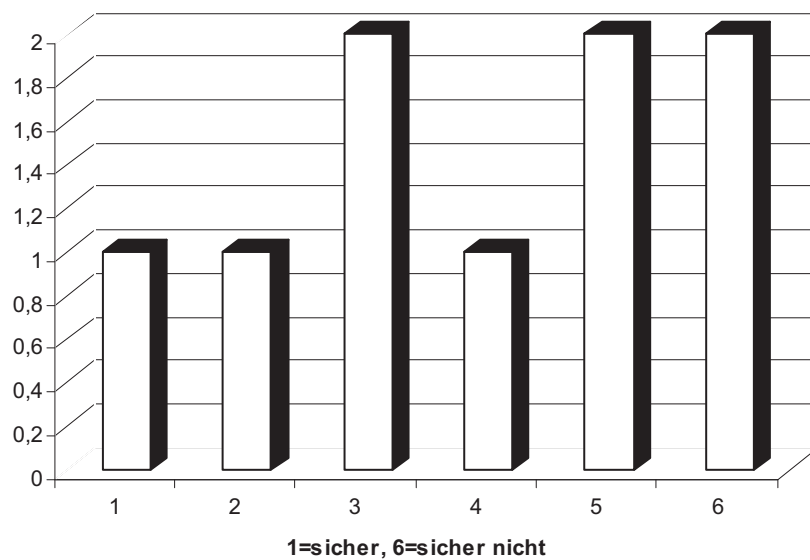


Abb. 15: Bewertung der Erwartungshaltung gegenüber der Effektivität von Entwöhnungsseminaren bei Nikotinabusus

5.4.10 Heil-/Hilfsmittel

Während bei 5 (10%) Probanden die Empfehlung zur Nachsorge „Heil-/Hilfsmittel“ erfolgte, konnten sich von diesen 5 Personen jedoch nur 3 an diese Empfehlung im Abschlussgespräch erinnern. Im standardisierten Teil war diese Empfehlung bei zwei Probanden angekreuzt worden. Bei jenen handelte es sich im einen Fall um „Schuhaußenranderhöhung“ und im anderen war die Empfehlung ohne weitere Erläuterungen angekreuzt worden, auch ohne ergänzende Hinweise im Entlassbrief.

Im nicht-standardisierten Teil des Entlassbriefes waren die Empfehlungen „Verordnung“ bzw. „Verwendung eines Sitzkeils“ zweimal und „Verordnung von Schuheinlagen bei Spreizfuß“ einmal angemerkt worden.

2 der 5 Empfehlungen „Heil-/Hilfsmittel“ waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung, also ca. drei Monate nach Beendigung der stationären medizinischen Rehabilitation, noch nicht umgesetzt worden. Es wurde als Grund angegeben, das Heil-/Hilfsmittel wäre schließlich vom Hausarzt bzw. Facharzt nicht verschrieben worden bzw. die Kategorie „andere Gründe“ wurde gewählt, jedoch ohne weiteren Vermerk.

Wie der Einzelne die Handhabung seines Hilfsmittels empfand, konnte angegeben werden mit „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“ oder „überhaupt nicht“. Davon sprachen sich 2 Untersuchungsteilnehmer für „sehr gut“ aus, eine Person für „gut“.

Auf die Frage, ob sich der jeweilige Proband retrospektiv noch während seines stationären Aufenthaltes eine Instruktion zum Umgang mit dem Heil-/Hilfsmittel gewünscht hätte, negierten dies alle vier Probanden mit „nein, brauche ich nicht“.

5.4.11 Sonstige Anregungen

Im standardisierten Teil des Erhebungsbogens für Nachsorgeempfehlungen sind Angaben für individuelle Empfehlungen unter der Rubrik „Sonstige Anregungen“ möglich. Tabelle 19 zeigt die Maßnahmen, die individuell angeraten wurden. Bei dieser Empfehlung handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe an Nachsorgemaßnahmen.

Auf dem standardisierten Bogen des Entlassschreibens waren bei 5 Probanden (10,0%) insgesamt 8 Einzelvermerke unter „Sonstige Anregungen“ schriftlich festgehalten, welche im Folgenden tabellarisch zusammengefasst sind.

Tabelle 19: „Sonstige Anregungen“ aus dem standardisierten Teil des Entlassbriefes

	Häufigkeit
Fortführen der erlernten krankengymnastischen Übungen in Eigenregie	1
(Engmaschige) Kontrolle der auffälligen Laborparameter	2
Fortführen erlernter Eigenübungen	1
Stufenweise Wiedereingliederung	1
Vorzeitiges Wiederholungsverfahren	1
Wiedervorstellung beim Haus- bzw. Facharzt	1
Behandlung der Fettstoffwechselstörung	1
Anzahl gesamt	8

Bei insgesamt 51 Probanden (80,0%) konnten dem Freitext des Entlassschreibens zusätzlich insgesamt 75 Einzelvermerke zum Themenbereich „Sonstige Anregungen“ entnommen werden. Diese waren im standardisierten Entlassbogen unter der Kategorie „Sonstige Anregungen“ nicht zusätzlich angekreuzt worden (vgl. Tabelle 20).

**Tabelle 20: „Sonstige Anregungen“ zur Nachsorge im Freitext des Entlassbriefes
(nicht-standardisierter Teil)**

	Häufigkeit
Fortführen der erlernten krankengymnastischen Übungen in Eigenregie	26
Regelmäßige sportliche Betätigung auf mittleren Belastungsniveau	11
Regelmäßige ausdauerorientierte sportliche Aktivität	6
Moderater Ausdauersport im aeroben Bereich	5
Muskeltraining (MTT)	2
Bei Bedarf (ambulante) Krankengymnastik verordnen	2
Fortführen der in der Reha erlernten Übungsprogramme in Eigenregie	3
Gezielte Physiotherapie für die Wirbelsäule in regelmäßigen Intervallen	1
Fortführung der Eigenübungen	2
Wirbelsäulengerechtes Verhalten/Rückenschule	1
Regelmäßige Blutdruckkontrollen	7
Fettarme Kost, Purinarme Kost	3
Abklärung nächtliches Schwitzen	1
Entspannungsübungen/-techniken weiterführen	3
Regelmäßige Blutzucker-Selbstkontrollen	2
Anzahl gesamt	75

5.5 Allgemeine Bewertungen durch den Probanden

Im folgenden allgemeinen Fragenteil wurden die Teilnehmer gebeten, auf einer 6-stufigen schulnotenähnlichen Skala von 1 (=sehr positiv) bis 6 (=gar nicht) allgemeine Bewertungen der Rehabilitation vorzunehmen. So wurden sie hinsichtlich der Bewertung des Einflusses der vergangenen Rehabilitation auf ihren Krankheitsverlauf gefragt. Zudem wurde eine Bewertung erbeten, in wie weit der Einzelne sich eine bessere Nachsorge nach dem Rehabilitationsaufenthalt gewünscht hätte. Die Probanden waren angehalten, ganz allgemein die Vorbereitung durch die Reha auf ihr Leben im Alltag und auch auf ihr Berufsleben zu bewerten. Die erwünschte Gewichtung der Rolle ihres Hausarztes, des jeweiligen Versicherungsträgers und der direkten Nachsorge durch die Rehabilitationsklinik wurden erfragt. Abschließend war fakultativ eine freitextliche Nennung eigener Wünsche und Anregungen zur Verbesserung der Reha-Nachsorge möglich.

5.5.1 Einfluss der Rehabilitation auf den Krankheitsverlauf

Die Antworten auf die Frage nach der Bewertung positiven Einflusses der vergangenen stationären Reha auf den Krankheitsverlauf zum Zeitpunkt der Befragung verteilten sich wie in Abb. 16 dargestellt. Der Mittelwert beläuft sich auf 2,58 mit einer Standardabweichung von 1,42.

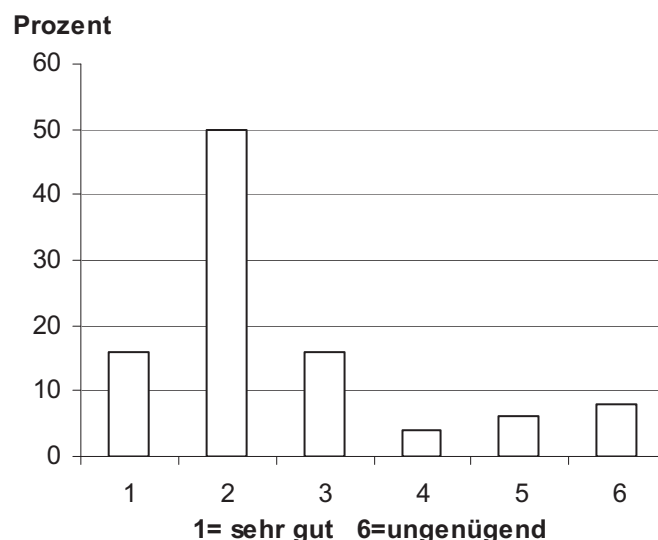


Abb. 16: Einfluss der stationären Reha auf Erkrankung

5.5.2 Wunsch nach besserer Reha-Nachsorge

Bei den Antworten auf die Frage nach dem Wunsch der Probanden nach besserer Nachsorge ergab sich ein Gesamtmittelwert von 3,12 (SD 1,59) (siehe Abb. 17).



Abb. 17: Wunsch nach besserer Reha-Nachsorge

5.5.3 Bewertung der Vorbereitung in der Reha auf Alltag und Beruf

Die Vorbereitung auf das Leben mit der Erkrankung im Alltag während der stationären Zeit der Rehabilitation bewerteten die Teilnehmer im Mittel mit 1,96 (SD 0,67). Die Vorbereitung auf den Umgang mit der Erkrankung im Berufsleben bewerteten sie durchschnittlich mit 2,20 (SD 0,86) (siehe Abb. 18).

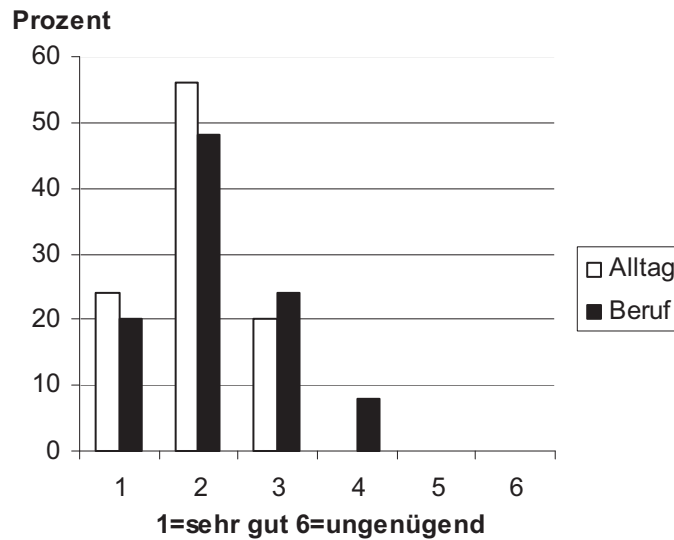


Abb. 18: Bewertung der Vorbereitung in der Reha auf Alltag und Beruf

5.5.4 Gewünschte Kontrolle der Umsetzung von während der Reha erworbenen Fertigkeiten durch den Hausarzt

Für die Rolle des Hausarztes, die er nach Erwartung der Befragten in der Reha-Nachsorge spielen sollte, konnte ein Mittelwert der Bewertung von 3,34 (SD 1,73) berechnet werden (siehe Abb. 19). Deutlich ist im Ergebnis eine Spreizung der Antworten zu erkennen, d.h. einige Befragte lehnen die Kontrolle durch den Hausarzt ab, während andere dies wünschen. Die Frage lautete: „Wünschten Sie sich eine intensive Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die Sie in der Reha erlernt und nun im Alltag anwenden sollen, durch Ihren Hausarzt (z.B. durch viertel- bzw. halbjährliche Nachbesprechungstermine/Schulungen)?“

5.5.5 Gewünschte Kontrolle der Umsetzung von Reha-Empfehlungen durch den Versicherungsträger bzw. die Krankenversicherung

Für die Bewertung der Rolle des Versicherungsträgers in der Nachsorge einer Rehabilitation ergab sich ein Mittelwert von 2,6 (SD 1,68) (siehe Abb. 20). Die Frage lautete: „Wünschten Sie sich eine intensive Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die Sie in der Reha erlernt und nun im Alltag anwenden sollen, durch Ihren Versicherungsträger bzw. Ihre Krankenkasse?“ Hier zeigte sich wie zuvor eine deutliche Spreizung der Antworten.

5.5.6 Beurteilung von themenbezogenen Nachtreffen im Anschluss an die Reha

Für die Anregung der Durchführung themenbezogener Nachtreffen ergab sich ein Mittelwert von 2,34 (SD 1,24) (siehe Abb. 21). Die Frage lautete: „Wie beurteilen Sie die Idee, themenbezogene Nachtreffen im Anschluss an die Reha auch noch längere Zeit nach der Reha zu veranstalten, damit sich das in der Reha erlernte Wissen weiter festigt?“

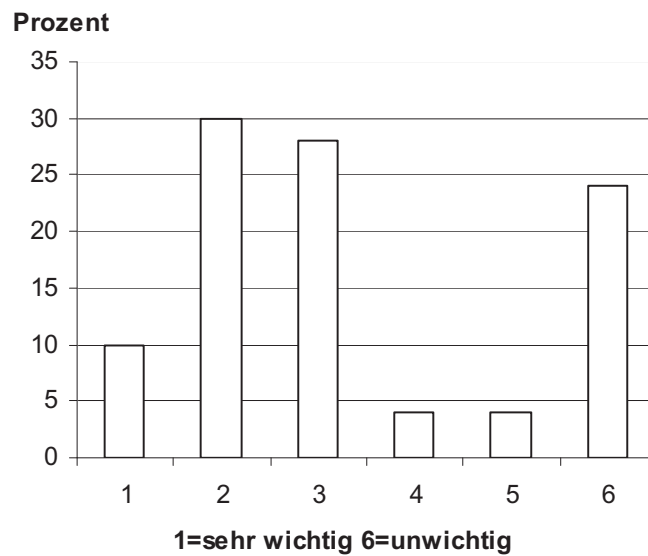


Abb. 19: Bewertung der Rolle des Hausarztes in der rehabilitativen Nachsorge

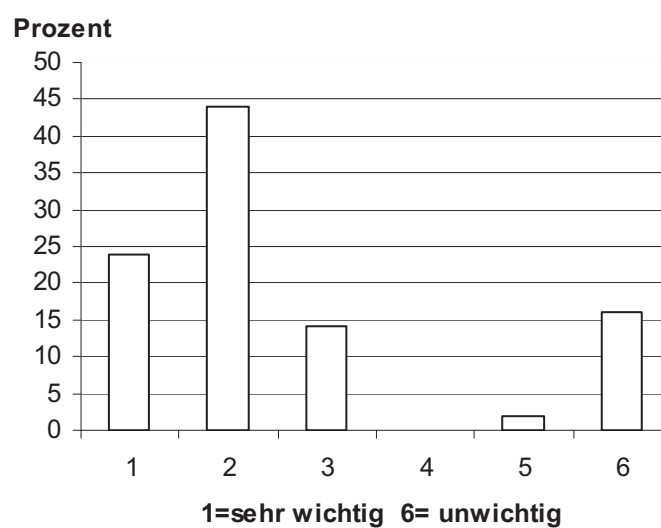


Abb. 20: Bewertung der Rolle der Versicherungsträger in der rehabilitativen Nachsorge

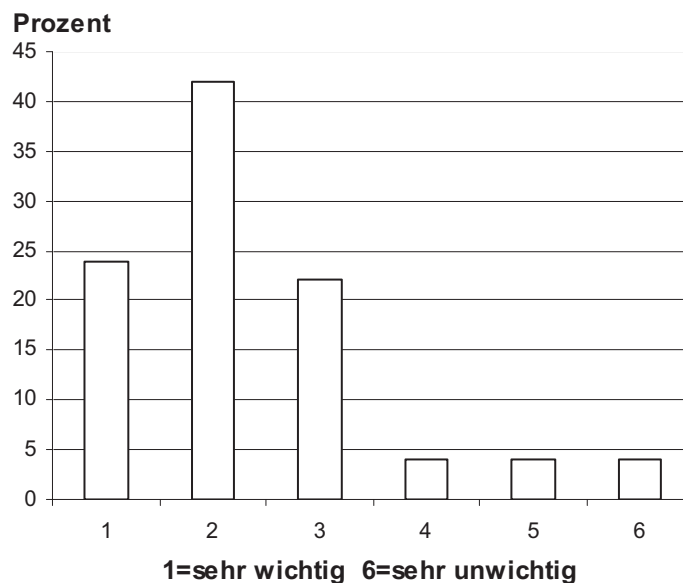


Abb. 21: Bewertung der Rolle der Reha-Klinik in der rehabilitativen Nachsorge

5.5.7 Offene Frage nach Wünschen und Anregungen zur Verbesserung der Nachsorge

Die Antworten auf die Frage nach weiteren Wünschen und Anregungen zur Verbesserung der Rehanachsorge, die von 54% der Probanden (n=27) beantwortet wurde, können in folgende Schwerpunkte zusammengefasst werden (vgl. Anhang 4).

Als einer der häufigsten genannten Gründe, warum die Nachsorgeempfehlungen nach einer stationären medizinischen Rehabilitation weniger optimal umgesetzt werden konnten, wurde seitens der Befragten darauf hingewiesen, dass die Zeitspanne von in der Regel vier Jahren zwischen zwei Rehabilitationen zu lange sei und dabei die stationären Aufenthalte dafür zu kurz seien. Die Empfehlungen und Übungen würden sich daher schon bald im Alltag verlieren. Als Vorschläge zur Lösung dieses Problems wurden häufiger angebracht, es solle in kürzerer zeitlicher Distanz eine Rehabilitation genehmigt werden oder zumindest in der Zeit nach der stationären Phase einige Wochen anschließend Kurse von den Versicherungsträgern zur Unterstützung der Nachsorge möglichst einmal pro Woche angeboten werden.

Als eine wichtige Instanz in der Nachsorge erachteten auch viele Befragte die Rolle des Hausarztes, der idealerweise regulär bei Erhalt des Entlassbriefes der Reha-Klinik ein Arzt-Patienten-Gespräch führen sollte, in dem er nochmals nachdrücklich die Nachsorgeempfehlungen verdeutlichen und gegebenenfalls zusätzliche Informationen diesbezüglich geben sollte.

Einige Untersuchungsteilnehmer fühlten sich bereits während der stationären Phase der Rehabilitation schlecht seitens des Rehabilitationsteams betreut, was sich ihrer Meinung nach negativ auf die Motivation zur Umsetzung der Nachsorge auswirkte. Es seien zum einen zu wenige Anwendungen während der stationären Zeit verordnet worden. Zum anderen wären die Empfehlungen zur Nachsorge nur schlecht oder gar nicht übermittelt worden.

Weiterhin wurde bemängelt, die Übungen in der Rehabilitation seien nicht genügend individuell auf die jeweilige Person und nicht ausreichend auf die Anwendung am Arbeitsplatz ausgerichtet gewesen.

Ein großer Teil der Befragten hielt jedoch dagegen, jede Person sei schließlich für sich selbst verantwortlich, und habe somit selbst für die Umsetzung der Nachsorge Sorge zu tragen.

Individuelle Wünsche und Anregungen der Probanden (Listung aller Angaben):

1. Einführung sportherapeutischer u. physiotherapeutischer (Massagen) Behandlungen regulär auf Langzeit nach Reha.
2. Reha alle zwei Jahre spätestens, denn der positive Effekt nach Reha hält nicht länger an. Übungen werden vergessen. Kurse wie Rückenschulung wären einmal im Jahr von Vorteil.
3. Auf den einzelnen Rehabilitanden muss individueller eingegangen werden mit angepassten, individuelleren Übungen
4. Hausarzt soll den Entlassungsbrief samt Nachsorgeempfehlungen mit dem einzelnen Patienten nach der Reha durchsprechen.
5. Das Individuum ist für sich persönlich verantwortlich, deshalb sollte nach der Reha keine professionelle Hilfe mehr nötig sein.
6. Jeder Patient ist für sich selbst verantwortlich und muss eigene Initiative zeigen, daher sollten keine Nachschulungen oder Kontrollen der Durchführung der Nachsorge mehr nötig sein.
7. Insgesamt sind zu wenige Anwendungen in der Reha, was sich nachteilig für die Umsetzung der Anordnungen nach der Reha auswirkt.
8. Realitätsferne Nachsorgeempfehlungen, die im Alltag meist nicht praktisch umsetzbar sind. Außerdem seien die empfohlenen gymnastischen Übungen aufgrund von Schmerzen nicht durchführbar.
9. Nach der Reha ist ein abruptes Ende in den Alltag hinein. Besser wären Behandlungen und Schulungen auch längere Zeit nach der Reha zuhause heimatnah.
10. Die Reha wurde insgesamt als zu schlecht empfunden, da zeitliche Zuwendung von ärztlicher Seite nicht ausreichend war, was die Motivation zur Nachsorgemaßnahmen immens drückt. Zudem besteht ein Wunsch nach Information, wenn der Entlassungsbrief mit Nach-

sorgeempfehlungen beim Hausarzt ankommt, damit dieser mit dem Patienten durchgesprochen wird.

11. Seitens der Reha sollte gezielter auf die individuellen Erkrankungen eingegangen werden einschließlich besserer Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha. Eine gute Rehabilitation hat eine Nachsorge nicht nötig.

12. Persönliche Konflikte mit einer Ärztin, die weder ein Abschlussgespräch, noch Nachsorgeempfehlungen an keinen Mitpatienten weiter gab, waren schlecht für die Motivation nach der Reha, um in der Reha Erlerntes weiter zu üben.

Der Hausarzt sollte generell nach Reha mit seinem Patienten die Zeit der Reha und die Umsetzung der Übungen besprechen.

Die Zeitspanne zwischen zwei Rehas ist viel zu lange. Lieber generell dann nur noch zwei bis drei Wochen für eine Reha und dafür öfter als alle drei Jahre.

Vorschlag, dass sich die Reha-Klinik zumindest telefonisch um die Umsetzung von Nachsorge-Ratschlägen kümmert.

13. Gefühl, dass Hausarzt die in Reha empfohlene Physiotherapie blockierte.

Wunsch nach Besprechung der Empfehlungen der Reha-Klinik für die Zeit nach der Reha von Seiten des Hausarztes.

Direkte Verschreibung von Anwendungen z.B. Krankengymnastik durch die Reha-Klinik direkt wären positiv für die Umsetzung der Empfehlungen.

14. Zu lange zeitliche Distanz zwischen zwei Rehas. Besonders mit zunehmendem Alter sollten Rehas häufiger und länger verschrieben werden. So könnte man beruflich effektiver im Alter arbeiten.

15. Effektiver wäre, wenn der Aufenthalt auf Reha länger als drei bis vier Wochen genehmigt werden würde. Oder wenn kürzere Rehas, dann sollten diese öfter als alle drei Jahre bewilligt werden.

16. Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha wurde während der Reha als zu schlecht empfunden. Zu wenige Schulungen.

17. Die Krankenkassen oder Rentenversicherungen sollte Lehrgänge und sportliche Verordnungen nach der Reha ca. einmal die Woche in den ersten Wochen zurück im Alltag einrichten.

18. Jeder Patient ist für sich selbst verantwortlich und sollte nach der Rehabilitation selbst die Initiative ergreifen, die erlernten Übungen und die Schulungen weiter im Alltag fortzusetzen. Jedoch könnten Schulungen durch Versicherungsträger zur Unterstützung eingerichtet werden für nach der Zeit der Reha.

19. Rehanachsorge sei gut, jedoch im Ausmaß zu wenig. Leider besprach Hausarzt die Reha-Empfehlungen nicht. Wunsch nach Besprechung mit dem Hausarzt nach der Reha z.B. anhand des Entlassungsbriefes der Reha.
20. Jeder Mensch ist für sich persönlich verantwortlich, deshalb sollte jeder für die Nachsorgemaßnahmen nach der Reha selbst Initiative zeigen.
21. Der zeitliche Abstand zwischen zwei Rehas bis zu vier Jahre ist viel zu lang. Auch würden längere Aufenthalte auf der Reha einen länger andauernden Erfolg halten und einen besseren Einfluss auf die Zeit nach der Reha haben.
22. Die Schulungen in der Reha waren zu theoretisch, der Praxisbezug fehlte, um eine gute Umsetzung zu gewährleisten. Daher Vorschlag zu mehr Seminaren mit deutlich praktischerer Umsetzung noch während der Reha.
23. Reha alle vier Jahre ist zu selten.
24. Reha alle vier Jahre ist zu wenig. Es wird bemängelt, dass es keine Auffrischkurse gibt. Außerdem fehlt im Alltag mit Schichtarbeitszeit die Zeit sich um persönliche Nachsorgemaßnahmen zu kümmern oder dann auch regelmäßig daran teilzunehmen.
25. Physiotherapie, Massagen und andere zweckmäßige Anwendungen sollten von den Krankenkassen häufiger genehmigt werden, um den Reha-Erfolg halten zu können.
26. Langzeitige Effektivität der Rehaaufenthalte vom Engagement der Reha-Kliniken selbst abhängig. Ist die Betreuung durch das medizinische Personal gut, zeigen sich bessere Erfolge und bessere Motivation dadurch in der Umsetzung der Rehanachsorgemaßnahmen.
27. Die Theorie in den Schulungen während der Reha nicht viel wert ohne Praxisbezug. So zeigt sich keine große Praxisrelevanz.

6. DISKUSSION

Mit der vorliegenden Katamnesestudie sollte untersucht werden, welche Nachsorgeempfehlung(en) in welchem Umfang im Anschluss an eine stationäre medizinische Rehabilitation den Rehabilitanden gegeben wurde(n) und wie sich die Umsetzung dieser Nachsorgeempfehlung(en) gestaltet. Dabei sollten förderliche sowie hinderliche Faktoren herausgearbeitet werden, die aus der Sicht des Patienten Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen zur Nachsorge haben. Auch andere Aspekte wie Dokumentation der Empfehlungen zur Nachsorge in den Entlassungsbriefen und somit Übermittlung an die ärztlichen Kollegen bezüglich der Vermittlung des Stellenwertes konsequenter Nachsorge wurden thematisiert. Ebenfalls wurde retrospektiv das verbliebene Wissen bei Rehabilitanden über die Nachsorgerelevanz untersucht, das durch die Therapeuten der rehabilitativen Einrichtung an die Patienten vermittelt worden war. Dabei sollte auch dieser Einflussfaktor auf Nachsorgeumsetzung diskutiert werden.

Rehabilitation wird ein immer höherer Stellenwert beigemessen. „Anerkannt ist die in Deutschland im internationalen Vergleich relativ hohe Versorgungsqualität und der Spezialisierungsgrad in der medizinischen Rehabilitation“ (Clade, 2005). Doch selbst die beste Therapie in der Rehabilitation hat nur kurzfristigen Erfolg, wenn keine kontinuierliche Nachsorge erfolgt. Darum gilt es, die Rehabilitation durch verschiedene Möglichkeiten der intensiven Nachsorge zu ergänzen und zu verbessern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1999). Bereits 1989 postulierte Zietlow, dass „eine verstärkte Einbindung der Rehabilitationsnachsorge in das Gesamtgeschehen der Gesundheitsförderung“ Eingang finden müsse (Zietlow, 1989). Die besten Möglichkeiten zur Sicherstellung eines dauerhaften Erfolges bieten aus dem „stationären Aufenthalt hervorgehende nachsorgende Maßnahmen oder Leistungen“ (Köpke, 2005).

Über die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen liegen derzeit noch keine Studien vor, die sich auf die subjektive Meinung der Betroffenen in ihrem gewohnten Umfeld beziehen. Selbst die größten Rehabilitationserfolge können nicht von Bestand sein, wenn der Rehabilitand selbst weder die Relevanz der Nachsorge erkennt, noch postrehabilitativ die Integration der Umsetzung in sein Leben erreicht.

Darum spielt gerade die Compliance im Bereich der rehabilitativen Nachsorge eine große Rolle für die Erhaltung erreichter Reha-Ziele. Aus diesem Grund ist es außerordentlich

wichtig, die für die Patienten sowohl förderlichen, als auch hinderlichen Faktoren zu kennen. Erst wenn diese Faktoren als Einflussgrößen für die Reha-Nachsorge ausreichend bekannt sind, können sie zukünftig bei der Nachsorgeplanung bzw. praktischer Nachsorgevorbereitung berücksichtigt werden.

6.1 Wichtige Ergebnisse

Insgesamt wurden 50 Probanden aus der orthopädischen Rehabilitation konsekutiv telefonisch zu den empfohlenen Maßnahmen zur Rehabilitationsnachsorge befragt (Zeitstichprobe). Zum einen konnten aus dem standardisierten Teil des Entlassbriefes Daten zu diesen Probanden mit Ankreuzfeldern erhoben werden, zum anderen wurde der freitextliche Teil des Entlassbriefes sorgfältig auf zusätzlich enthaltene Empfehlungen zur Nachsorge untersucht.

Bei allen Rehabilitanden waren seit dem letzten Aufenthalt in stationärer medizinischer Rehabilitation circa drei Monate vergangen. Die Stichprobe umfasste aus dem Diagnosepool Patienten mit „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ n=86 zufällig ausgewählte Krankenakten (Zeitstichprobe) der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken, von denen n=50 telefonisch erreichbar waren und sich mit der Teilnahme an der Befragung bereit erklärten.

Insgesamt ist in den Entlassungsbriefen für eine stationäre medizinische Rehabilitation die Angabe von höchstens fünf Diagnosen möglich. In den vorliegenden Unterlagen ergaben sich für Erkrankungen nach ICD-10-GM-Gruppierung M00-M99 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ 118 von insgesamt 190 Einzeldiagnosen. Als häufigste Diagnose – neben Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems – traten „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (E00-E90) mit einem Anteil von 15,8% auf.

Neben den erfassten Empfehlungen zur Nachsorge wurden aus dem Entlassbrief im Erfassungsbogen zusätzlich soziodemographische Daten der Probanden registriert, die in der Auswertung als mögliche Einflussgrößen für die Umsetzung der Nachsorgemaßnahmen dienlich waren. Dazu gehörten Geschlecht und Alter der Probanden, Bildungsabschluss, Beruf, Arbeitszeitorganisation, familiäre Konstellation sowie wohnliches Umfeld. Ebenso wurden Daten bezüglich des letzten Aufenthaltes in medizinischer Rehabilitation wie die

behandelnde Reha-Klinik und die Dauer des Aufenthaltes in der rehamedizinischen Einrichtung registriert.

Soziodemographische Daten. Mit einem Anteil von 76% fand sich in der vorliegenden Untersuchung überwiegend das männliche Geschlecht. Diese Verteilung entspricht zwar nicht der geschlechtsspezifischen Verteilung in der Bevölkerung, doch bei der Indikationsgruppe muskuloskeletale Erkrankungen sind bei den Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken im Hinblick auf eine stationäre medizinische Rehabilitation überdurchschnittlich häufig Männer vertreten. Ihr Anteil für das Berichtsjahr 2006 der Deutschen Rentenversicherung Bund entsprach in der Diagnosegruppe Erkrankungen des Bewegungsapparates insgesamt 121812 von 241032 Rehabilitanden, was einem prozentualen Anteil von 50,53% entspricht (DRV, 2008).

Das durchschnittliche Alter bei den Studienteilnehmern betrug 46,9 Jahre (SD 7,51). Bei den weiblichen Teilnehmern betrug das durchschnittliche Alter 45,0 Jahre (SD 9,54), bei den männlichen 47,5 Jahren (SD 6,79). Die Altersverteilung der Probanden dieser Studie entspricht in etwa dem Durchschnittsalter für Männer und Frauen mit der Primärdiagnose Erkrankung des Bewegungsapparates bei den Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV, 2008).

Die Mehrzahl (88,0%) der Befragten wies als Schulbildungsgrad einen Hauptschulabschluss auf. Das Ergebnis über den Schulbildungsstand der Probanden der vorliegenden Untersuchung liegt unter dem des durchschnittlichen Grad der Schulbildung in Deutschland derzeit. Laut dem Bundesamt für Statistik hatten bei einer Erhebung im Jahr 2006 fast 44% der Personen über 15 Jahre einen höherwertigen allgemeinen Schulabschluss, einen Hauptschulabschluss besaßen 41% (Bundesamt für Statistik, 2008). Der Anteil von Hauptschulabgängern war somit in dieser Untersuchung circa doppelt so hoch, was für die Versicherten der DRV Unterfranken allerdings vermutlich ein repräsentatives Ergebnis darstellt.

Ähnlich gestalteten sich die Ergebnisse im Bereich der Berufsausbildung. 84% der Interviewteilnehmer hatten einen Berufsabschluss, wohingegen bei 16% der Personen eine berufliche Ausbildung nicht abgeschlossen oder gar nicht begonnen worden war. Als beruflichen Ausbildungsabschluss nannten 2006 in einer deutschlandweiten Befragung zur Berufsausbildung 50% der Befragten eine Lehre. 6 % besaßen einen Fachschulabschluss, knapp 11% einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss. 31% hatten (noch) keinen beruflichen Abschluss (Bundesamt für Statistik, 2008).

Angehörige als Einflussfaktor. 72,0 % der Teilnehmer waren verheiratet oder lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft. Die überwiegende Menge der Befragten (86,0%, n=43) hatten zum Zeitpunkt der Erhebung der Studie ein bis drei Kinder, überwiegend lebten jedoch keine minderjährigen Kinder mehr im gemeinsamen Haushalt (72,0%; n=36). Die Mehrzahl der Probanden lebte in Mehrpersonenhaushalten (78%; n=45). Im Durchschnitt umfasste der Haushalt der Teilnehmer 2,5 Personen (SD=1,1).

6.1.1 Empfehlungen zur Rehabilitationsnachsorge

Die Zusammenstellung der Nachsorgeempfehlungen basierte zum einen auf dem standardisierten Bogen mit Ankreuzmöglichkeiten im Entlassungsbericht, zum anderen auf dem freitextlichen Teil des Entlassbriefes, der gegebenenfalls zusätzlich Nachsorgeempfehlungen enthielt. Dabei ergab sich im standardisierten Entlassbogen für die Maßnahmen „Diagnoseabklärung“ eine Häufigkeit von 7 Empfehlungen (14,0%), „Psychotherapie“ 3 (6,0%), „Rehabilitationssport“ 1 (2,0%), „Funktionstraining“ 2 (4,0%), „Selbsthilfegruppe“ 1 (2,0%), „Stufenweise Wiedereingliederung“ 1 (2,0%), „Gewichtsreduktion“ 24 (48,0%), „Alkoholkarenz“ 4 (4,0%), „Nikotinkarenz“ 9 (18,0%), „Heil- und Hilfsmittel“ 2 (4,0%) und „Sonstige Anregungen“ 5 (8 Einzelvermerke) (10,0%). Im nicht-standardisierten Teil fanden sich jeweils die Empfehlungen „Diagnoseklärung“ 19 mal (38,0%), „Spezielle Nachsorge“ 1 mal (2,0%), „Heil- und Hilfsmittel“ 3 mal (6,0%) und „Sonstige Anregungen“ 41 mal (74 Einzelvermerke) (82,0%). Denkbar ist, dass weitere gesundheitsförderliche Nachsorgemaßnahmen zwar vom Arzt mit dem Patienten besprochen, aber dann nicht mehr im Entlassungsbericht notiert wurden. Insgesamt ist der hohe Anteil von Nachsorgeempfehlungen, die zwar im Freitext enthalten sind, jedoch nicht im Nachsorgeblatt angekreuzt werden, problematisch, weil diese Empfehlungen dann möglicherweise vom weiterbehandelnden Hausarzt übersehen werden.

Ein eindringliches Beispiel führt Köpke in einer seiner Veröffentlichungen an, in der er den Sachverhalt darstellt, dass bei insgesamt 326.337 Maßnahmen der Diagnosegruppe Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems nur 79.533 mal die Maßnahme Funktionstraining und 43.343 mal Reha-Sport empfohlen wurden (Köpke, 2004). Ein Widerspruch in sich, da gerade diese Maßnahmen einen positiven Langzeiteffekt bei muskuloskeletalen Erkrankungen versprechen. Die Problematik ergibt sich also besonders daraus, dass Empfehlungen zu einer effektiven Nachsorge nach einer stationären Rehabilitation erst gar nicht ausreichend angegeben werden. Des Weiteren ist eine teilweise

unübersichtliche Dokumentation zu bemerken. Die Empfehlungen zur Nachsorge sind häufig nicht im übersichtlichen Ankreuzbogen des Entlassschreibens aufgeführt, während sie sich, falls vorhanden, in sehr ausführlichen freitextlichen Entlassbriefen verbergen und auf den ersten Blick nicht gleich zu erkennen sind. Besonders für den nachbehandelnden Hausarzt gestaltet es sich dann oft schwierig, sofort diese empfohlenen Nachsorgemaßnahmen zu erkennen, um gegebenenfalls dem Patienten in einem Nachgespräch nochmals die Wichtigkeit und Effizienz dieser Empfehlungen deutlich machen zu können. Dies dürfte einer der Gründe dafür sein, dass die Hausärzte oft nicht nochmals mit dem Patienten die anstehenden Nachsorgeempfehlungen besprochen haben, wie einige Aussagen der Probanden vermuten lassen. Oft reicht ebenfalls das bloße Ankreuzen im standardisierten Bogen nicht aus, da ausführlichere Erläuterungen für eine gute Umsetzung dieser Nachsorgemaßnahmen notwendig wären. Zwar ist in diesem Ankreuzbogen ein Feld „Erläuterungen“ eigens angeführt, doch dieses wird selten von den Reha-Medizinern genutzt.

Zudem sei eine kurze Überlegung eingefügt, ob man bei den Empfehlungen „Diagnoseabklärung“, die ausgesprochen häufig angegeben war, „Stationäre Behandlung“ und „Operation“, wie sie im standardisierten Ankreuzbogen des Entlassbriefes zu finden sind, überhaupt definitionsgemäß von einer rehabilitativen Nachsorge im eigentlichen Sinne sprechen kann. Diese sind vielmehr als empfohlene medizinisch fortführende Diagnostik bzw. Folgebehandlung zu betrachten und nicht als Maßnahmen zur rehabilitativen Nachsorge.

Im Nachfolgenden ist eine Darstellung spezieller Ergebnisse im Bezug auf die Umsetzung der einzelnen verordneten Nachsorgeempfehlungen angefügt. Insgesamt betrachtet wurden viele Empfehlungen zur Nachsorge zu einem großen Teil bis zur Erhebung der Studie als umgesetzt angegeben. Gerade sehr häufig verordnete Nachsorgeempfehlungen wie „Diagnoseabklärung“, „Rehabilitationstraining“, „Gewichtsreduktion“ und „Nikotinkarenz“ wurden nach Angaben der Probanden in der Regel weitestgehend bereits mit einer Quote von > 50 % umgesetzt oder die baldige Umsetzung war zumindest in nächster Planung. Eine Ausnahme stellten Empfehlungen unter dem Sammelbegriff „Sonstige Anregungen“ dar. Gerade mal 36% unter dieser Kategorie erwähnter Nachsorge wurden bis dato umgesetzt. Ebenfalls schlecht fiel das Ergebnis für die Umsetzung der Empfehlungen „Psychotherapie“, „Funktionstraining“ und „Selbsthilfegruppe“ aus, die allesamt bei der Befragung nicht realisiert worden waren.

Als Verzerrung könnte sich das psychologische Phänomen der Sozialen Erwünschtheit auf Angaben zur Umsetzung der Empfehlungen beim Interview auswirken. Eventuell wurde daher in einigen Fällen dem Befrager nur vorgegeben, die Empfehlungen der Nachsorge seien realisiert worden bzw. in Planung, obwohl diese Aussagen vielleicht gar nicht der Wahrheit entsprachen.

Tabelle 7 stellt dar, an welche im Entlassbrief dokumentierten Empfehlungen zur Nachsorge aus der vergangenen Reha sich der Proband noch erinnern kann und ob diese seiner Meinung nach überhaupt an ihn weitergegeben wurden. Schließlich ist gerade er als Patient die Zielperson, der die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen zu Gute kommen sollen. Erinnert der ehemalige Rehabilitand sich bereits nach drei Monaten zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr an die Empfehlung oder wurde sie seiner Meinung nach erst gar nicht im Abschlussgespräch der Reha erwähnt, ist es selbstverständlich auch nicht möglich, diese umzusetzen. In diesem Fall ergab sich jedoch ein recht positives Ergebnis. An die meisten Empfehlungen konnten sich die Probanden aus dem Entlassgespräch der Rehabilitation erinnern oder sie konnten sich diese zumindest aus dem Verlauf des stationären Aufenthaltes wieder ins Gedächtnis rufen. Der Anteil der erinnerten Empfehlungen zur Nachsorge ehemaliger Rehabilitanden reichte über einen Wert von 90% der Fälle hinaus. Bei den Empfehlungen „Psychotherapie“, „Gewichtsreduktion“, „Stufenweise Wiedereingliederung“, „Alkoholkarenz“ und „Spezielle Nachsorge“ lag die Erinnerungsrate bei 100%. Eine Ausnahme stellten hingegen die Maßnahmen „Funktionstraining“ und „Selbsthilfegruppe“ dar, an die sich die Probanden auf Nachfrage nicht mehr erinnern konnten. Um die Ursache eines nicht ausreichenden Erinnerungsvermögens an Nachsorgempfehlungen erheben zu können, stellt sich neben der Tatsache der geringen Fallzahlen in diesen Kategorien, was die Auswertung erheblich erschwert, die Frage, ob diese Empfehlungen tatsächlich dem Probanden näher gebracht wurden. Man könnte mutmaßen, ob eventuell die Ärzteschaft nur die Maßnahmen im standardisierten Teil des Entlassbriefes der Vollständigkeit halber angekreuzt, dabei aber womöglich die Information an den Patienten vernachlässigt hatten.

Diagnoseabklärung. Unter dieser Kategorie wurden n=7 im standardisierten Bogen und n=19 im Freitext zu dem Bereich „Diagnoseabklärung“ zählende Empfehlungen zusammengefasst. Das gesamte Spektrum der Diagnoseabklärungen spiegelt Tabelle 9 wieder.

Von diesen bei insgesamt 26 Probanden erfolgten Empfehlungen zur „Diagnoseabklärung“ wurden bis zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein Großteil (n=14) realisiert, während bei

den Übrigen, laut Angabe, eine Diagnostik in Planung sei (n=8) bzw. generell nicht umgesetzt war (n=4). Die meisten Probanden konnten sich bei Nachfrage gleich an die Empfehlung „Diagnoseklärung“ durch den behandelnden Reha-Arzt erinnern (n=21). Der gute prozentuale Anteil der Erinnerungsrate an diese Empfehlung trug wohl stark dazu bei, dass bereits eine Vielzahl umgesetzt war.

Der Zeitpunkt, an dem die durchgeführten Diagnoseabklärungen erfolgten, staffelte sich unterschiedlich. 1-2 Wochen poststationär nach der Rehabilitation erfolgte 26,7% der angegebenen Diagnostik, und 3-4 Wochen nach Entlassung 33,3%. Die meisten Probanden konsultierten für die Diagnoseabklärung ausschließlich ihren behandelnden Hausarzt (92,9%). Eine weiterführende Diagnostik bei einem spezialisierten Facharzt erfolgte in 42,9% der Fälle. Es ist zu überlegen, ob die Hausärzte diesbezüglich den Nachsorgeempfehlungen des behandelnden Reha-Arztes genügend nachkommen bzw. ob die in einer Allgemeinarztpraxis verfügbaren Mittel für eine gezielte Abklärung bestimmter Diagnosen überhaupt ausreichen. Die Initiative, den Weg einer „Diagnoseabklärung“ einzuschlagen, ging aus der Sicht der Befragten sowohl in annähernd gleichen Anteilen von den Befragten selbst (n=10) und vom Hausarzt (n=13) aus. Als Ursache, warum bei den übrigen 12 Probanden noch keine Diagnoseabklärung erfolgt war, sahen die betroffenen Teilnehmer zu 100,0% ein Versäumnis des Hausarztes und externalisierten die Verantwortung. Bei einigen Teilnehmern lag bereits eine Überweisung zum Spezialisten vor, ein Termin wurde jedoch aus eigenem Zeitmangel noch nicht vereinbart. Auch unter diesem Aspekt der Nachsorge „Diagnoseabklärung“ wird wiederum deutlich, welche herausragende Rolle der Hausarzt für eine gelungene Umsetzung im Nachsorgeprozess inne hat. Von ihm erwarten sich die Befragten, dass er die Verantwortung für die Realisierung ihrer Nachsorge übernimmt.

Psychotherapie. Drei Personen wurde als Empfehlung im Anschluss an die vergangene stationäre Rehabilitation die Aufnahme einer Psychotherapie angeraten. Alle drei Angaben erfolgten im standardisierten Teil des Entlassbriefes durch Ankreuzen. Auffällig war, dass sich postrehabilitativ zwar alle drei der Patienten an diese Nachsorgeempfehlung erinnern konnten, jedoch diese seit der vergangenen Reha nicht in die Tat umgesetzt hatten. Sie hatten alle während ihres stationären Aufenthaltes bereits psychotherapeutische Interventionen fest im Therapieplan integriert.

Die Probanden konnten auch in ihr Gedächtnis rufen, dass ebenfalls seitens der psychotherapeutischen Betreuung während der medizinischen Rehabilitation zusätzlich eine

baldige Weiterführung einer Psychotherapie in ambulanter Form nach der stationären Rehabilitation empfohlen worden war.

Einer der Probanden hatte zum Zeitpunkt der Stichprobe einen Termin für eine psychotherapeutische Behandlung geplant und diesen für ca. zwei Monate später vereinbart, was einer zeitlichen Distanz von fünf Monaten nach Beendigung der stationären Rehabilitation entsprach. Im Detail handelte es sich hierbei um eine geplante Gesprächstherapie in Form einer Einzeltherapie. Ein früherer Termin konnte aufgrund mangelnder Anzahl an Therapieplätzen für Kassenpatienten nicht vereinbart werden. Es zeigt sich in diesem Fall als Ursache ein bekanntes strukturelles Problem im Gesundheitssystem, das einen Mangel an zeitnahen Möglichkeiten zum Antritt einer Psychotherapie nach einer stationären Rehabilitation aufweist.

Die beiden anderen Probanden, die der Empfehlung zu einer ambulanten postrehabilitativen psychotherapeutischen Behandlung nicht nachkamen, begründeten dies beide mit der Überzeugung, dass sie von der Ineffektivität dieses Verfahrens überzeugt seien. Es bleibt zu spekulieren, ob diesen Rehabilitanden während des stationären Aufenthaltes die Relevanz einer psychotherapeutischen Behandlung nicht ausreichend vermittelt werden konnte oder ob diese Personen sich aus individuellen Gründen dieser Therapie verschließen.

Rehabilitationssport. Eine Zusammenfassung von Nachsorgeempfehlungen im Bereich „Rehabilitationssport“ gestaltete sich etwas schwierig. Der Deutsche Behindertensportverband gibt eine sehr ausführliche Definition für Rehabilitationssport. "Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Ziel ist, ihre Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining - z.B.

durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten - zu motivieren." (Zitat aus der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining, Deutscher Behindertensportverband e.V.). Der Niedersächsische Turnerbund (NTB) fügt hinzu, Rehabilitationssport solle „mindestens 45 Minuten einmal wöchentlich“ erfolgen, Muskelaufbautraining sogar 60 Minuten die Woche (NTB, 2008).

In Anbetracht der Tatsache, dass sich der Hauptdiagnosepool der Probanden auf Erkrankungen des Bewegungsapparates erstreckte, war es sehr verwunderlich, insgesamt nur eine Empfehlung zum Rehasport im standardisierten Ankreuzbogen des Entlassbriefes finden zu können. Bekanntlich zählen gerade rehasportliche Behandlungsverfahren zu einer der effektivsten Nachsorgen bei muskuloskeletalen Erkrankungen überhaupt. An obige fachliche Definitionen angelehnt sind aus dem Freitext der Entlassbriefe Formulierungen zur Nachsorge im Bezug auf Bewegungstherapie ausgesucht worden. Aufgrund der Artverwandtheit dieser Nennungen wurden sie im Fragebogen unter der Kategorie „Rehasport“ in die Befragung miteinbezogen und ausgewertet. Bei der Erfassung der Anzahl verordneter Empfehlungen zur Nachsorge sind sie aber korrekterweise unter der Kategorie „Sonstige Anregungen“ hineingerechnet worden.

Von insgesamt n=44 Probanden konnten sich fast alle an (standardisierte und nicht-standardisierte) Empfehlungen erinnern (n=41; 93,2%), bei denen ihnen eine regelmäßige Fortführung körperlicher Bewegungsübungen und Sport auch nach der stationären Rehabilitation nahe gelegt wurde (vgl. Tab. 7). 38 Probanden gaben an, seit dem letzten Rehaaufenthalt regelmäßig bzw. zumindest unregelmäßig der Empfehlung einer sportlichen Betätigung nachzukommen, während sich 5 nicht dazu bereit sahen. Scheinbar sind stationäre rehasportliche Anwendungen durch die praktische Ausübung so eingängig und die Vermittlung der Notwendigkeit durch das Reha-Team sehr effektiv, so dass ein direkter Transfer dieser Empfehlung in den Alltag für die überwiegende Zahl der Betroffenen scheinbar leicht, zumindest auf den ersten Eindruck, erreicht wird, wie auch Abbildung 7 unterstreicht. Dabei beachte man aber immer, dass es sich bei den Angaben zur Umsetzung des sportlichen Engagements und Frequenz der Ausübung um Selbstangaben handelt und diese nicht zuletzt dem Phänomen der Sozialen Erwünschtheit im Interview unterliegen könnten.

Die angebliche Dauer bis zum Beginn des empfohlenen rehabilitativen Sports nach dem Rehaaufenthalt gliedert sich wie folgt. Von den 38 zum Sport Bereitwilligen begann in etwa die Hälfte gleich innerhalb der ersten 4 Wochen nach Entlassung aus der stationären Reha. Fünf der sportlich Aktiven (10,0%) führten einfach den bereits vor der stationären

Rehabilitation ausgeübt, in den Alltag integrierten Sport, auch nach der Reha wie gewohnt fort.

Die sportliche Betätigung wird überwiegend im eigenen Umfeld (70,0%) praktiziert, weniger unter fachlicher Anleitung in physiotherapeutischen Praxen oder in Fitnessstudios.

Bezüglich der Frequenz der Ausübung der sportlichen Übungen wie sie in Abbildung 9 zu finden sind, gaben 16 der Befragten (42,1 %) an, 1-2 x pro Woche, fünf Personen (13,2%) unter 1 x pro Woche zu trainieren.

Welche Verbesserungen sich auf physischer und psychischer Ebene seit der regelmäßigen Umsetzung von rehabilitativen Sportübungen zeigten, wurden durch Items zur Verbesserung von „Schmerzen“, „Beweglichkeit“, „körperliche Ausdauer“, „Stimmung“ und „Lebensqualität“ erfragt. Jedes einzelne der genannten Items erhielt eine überwiegend positive Bewertung („besser“ in 50,0-63,1% und „viel besser“ in 26,3-39,5% der Fälle), nur selten fiel „unverändert“ seit der Reha (vgl. Tabelle 15).

Es war von Interesse, die Ursache zu erheben, weswegen der Einzelne von einer häufigeren und regelmäßigeren sportlichen Betätigung abgehalten wird. Während Tabelle 16 die Ergebnisse insgesamt spiegelt, seien an dieser Stelle die häufigsten Gründe zusammengefasst. Besonders Zeitmangel, explizit aus beruflichen Gründen (50,0%) oder wegen der Familie (10,5%), aber auch bestehende Schmerzen (10,5%), die ein umfassenderes Sportprogramm erschweren, wurden angegeben.

Die Probanden, die keinerlei der empfohlenen sportlichen Betätigung vollzogen, nannten zur Begründung ebenfalls Zeitmangel wegen des Berufs, hier sogar in 80,0% der Fälle, aber auch Zeitmangel wegen familiären Verpflichtungen (10,5%), Schmerzen (10,5%) und 10,5% gaben auch Bequemlichkeit zu.

Die Tatsache, dass ein Zeitmangel vorliegt, um Sport zu treiben, lässt in gewisser Weise einen Rückschluss zu, dass die sportlichen Übungen für den Rehabilitanden zwar gut in der stationären Zeit vermittelt werden, aber in der Praxis zu umständlich oder zeitintensiv sein könnten. Nicht nur der Nutzen regelmäßiger Ausführung der Übungen muss vermittelt werden, sondern auch explizite, gegebenenfalls individuell konzipierte Zeitmanagementmodelle, die in den Zielkatalog der Rehabilitation übernommen werden, um auf Dauer eine bewegungsorientierte Nachsorge längerfristig sichern zu können.

Funktionstraining. Lediglich zwei Probanden erhielten die Nachsorgeempfehlung „Funktionstraining“. Allerdings konnten beide bei der Befragung, ob sie sich an diese

Empfehlung erinnern können, nur verneinen. Somit erübrigten sich auch weitere Fragen zur Umsetzung, da diese wegen Nichtwissens auch nicht umgesetzt werden konnten.

Definitionsgemäß wirkt „Funktionstraining (...) besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der Teilnehmer, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist organorientiert.“ (NTB - Niedersächsischer Turnerbund, 2008). Es drängt sich hier die Frage auf, warum gerade bei einem Patientenkollektiv, dessen Hauptdiagnosen in der ICD-10-Gruppierung der Erkrankungen des Bewegungsapparates zu erheben waren, diese Empfehlung zur Nachsorge so selten gegeben wurde. Erschwerend kommt hinzu, dass die wenigen Empfehlungen bezüglich Funktionstrainings die Betroffenen letztlich nicht erreicht hatten.

Selbsthilfegruppe. Nur bei einer Probandin wurde im Entlassbrief ihrer rehabilitativen Einrichtung die Empfehlung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angekreuzt. Diese konnte sich nicht an diese Nachsorgeempfehlung erinnern. Daher konnte entsprechend keine Analyse zur Umsetzung erfolgen. Die Befragte bemängelte, dass ihr zudem während der stationären Rehabilitation kein Informationsmaterial bezüglich Selbsthilfegruppen angeboten wurde.

Selbsthilfegruppen werden insbesondere im Hinblick auf die immer deutlicher werdenden Grenzen des Versorgungssystems zunehmend auch von politischer und medizinisch professioneller Seite als Ressource erkannt, deren Zweckmäßigkeit zurzeit jedoch immer noch nicht gänzlich ausgelotet wurde und daher weiterhin mannigfaltigen Forschungsbedarf erfordert.

Auf dem Gebiet der Effektivität von Selbsthilfegruppen forschte unter anderem Trojan und kam zu dem Schluss, dass Aktivitäten von Selbsthilfegruppen in den Bereichen Wissenserwerb und Erfahrungsaustausch, emotionale Unterstützung, Veränderungshilfen, Kontakt und Geselligkeit, praktische Unterstützung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung liegen. „Die Ziele, die damit verfolgt werden, werden in unterschiedlichem Maße erreicht. Ziele geringer Reichweite, wie die Unterstützung anderer Mitglieder, Informationsaneignung, Menschen zum Reden finden, selbständiger Umgang mit der Krankheit und gemeinsame Freizeitgestaltung, und Ziele mittlerer Reichweite, wie Einstellungsänderungen bei Betroffenen und im sozialen Umfeld sowie Interessenvertretung für Betroffene werden in recht hohem Maße verwirklicht. Ziele großer Reichweite, wie die

Veränderung von Institutionen und Einstellungsänderungen bei Professionellen, werden dagegen in deutlich geringerem Ausmaß erreicht“ (Trojan et al. 1986). Es gibt somit einen belegten Nutzen für das Individuum durch Selbsthilfegruppen. Daher muss die Vermittlung zu Selbsthilfegruppen in das Netz der rehabilitativen Nachsorge wesentlich häufiger integriert werden.

Stufenweise Wiedereingliederung. Die „Stufenweise Wiedereingliederung“ kam in der Stichprobe einmal vor. Sie war auch tatsächlich durchgeführt worden und zum Zeitpunkt der Befragung bereits abgeschlossen. Diese Angabe zur Nachsorgeempfehlung war im standardisierten Teil des Entlassbriefes zu finden.

Der Zeitraum der Wiedereingliederung erfolgte, wie üblich, über einem Zeitraum von zwei Wochen. Auf die Frage, ob sich rückblickend diese stufenweise Wiedereingliederung positiv auf die Reintegration in das Berufsleben ausgewirkt hat, konnte der Proband eindeutig mit „Ja, sicher“ seine Zustimmung geben. Er bewertete die Akzeptanz der stufenweisen Wiedereingliederung im beruflichen Umfeld durch Kollegen und Vorgesetzte als sehr gut.

Diese Art der Nachsorgeempfehlung ist keine, die selbstinitiativ erfolgen muss. Sobald diese Empfehlung durch den behandelnden Arzt in der Rehabilitation angeführt worden ist, gelangt der Patient in ein von Extern vorgegebenes Modell. Der Hausarzt führt seinen Patienten durch Vermittlung und Umsetzung dieser rehabilitativen Angabe regelrecht an der Hand, während der Arbeitgeber in der Regel diese Maßnahme unterstützt. Ebenfalls ist die Akzeptanz im Umfeld, hier Arbeitskollegen und direkte Vorgesetzte, gut. Wie dieses Exempel zeigt ist es daher auch nicht verwunderlich, dass derartige Nachsorgeempfehlungen gut umgesetzt werden können. Es ist wünschenswert, dass auch in anderen Kategorien von Empfehlungen zur Nachsorge allmählich Modelle und Standardprogramme erarbeitet werden, um auch da ähnliche Erfolge in der Umsetzung erreichen zu können.

Gewichtsreduktion. Zur Beurteilung der Umsetzung der vorgeschlagenen Gewichtsreduktion wurde die gängige Maßeinheit des Body Mass Index (BMI) verwendet, der aus der Körpermasse in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße bestimmt wird. Auffällig war, dass in den Diagnosen der Probanden insgesamt nur sehr selten „Adipositas“ vermerkt wurde, jedoch bei 50 Probanden 24 mal die Empfehlung „Gewichtsreduktion“ (48,0%) zu finden war. Jeder dieser Befragten konnte sich auch noch aus der Zeit der stationären Rehabilitation an diese Empfehlung erinnern. Nach Ablauf von ca. drei Monaten seit Beendigung der Reha bis zur Befragung konnten zwei Drittel (n=16; 66,6%) von einem Erfolg im Hinblick auf die

Umsetzung dieser Empfehlung berichten. Das heißt, das Körpergewicht konnte weiter reduziert werden bzw. das bereits in der Reha erreichte reduzierte Gewicht konnte gehalten werden.

Der durchschnittliche Body Mass Index bei Antritt der stationären medizinischen Rehabilitation betrug $33,7 \text{ kg/m}^2$ (SD 6,78), das Durchschnittsgewicht insgesamt betrug zu diesem Zeitpunkt $102,2 \text{ kg}$ (SD 22,00). In der postrehabilitativen Phase innerhalb von drei Monaten war eine weitere Reduktion des durchschnittlichen Gewichtes um $2,46 \text{ kg}$ (auf BMI $32,27 \text{ kg/m}^2$) (Frauen $1,4 \text{ kg}$, Männer $2,11 \text{ kg}$) zu erkennen.

Als förderliche Faktoren für den Erfolg der Gewichtsreduktion bzw. das Halten des Gewichtes konnten erhoben werden, dass sich bei der Hälfte der Probanden eine gute Diätberatung seitens der Reha-Klinik als positiv auswirkte. Eine große Zahl sah in der Beibehaltung regelmäßigen Sports die Lösung des Gewichtsproblems ($n=13$; 54,2%) und/oder entschied sich für eine konsequente Ernährungsumstellung ($n=14$; 58,33%) als Teil eines gewichtsorientierten Lebens. Für ein Drittel war auch der familiäre Rückhalt bezüglich der Diät eine unterstützende Variable und ebenfalls eine gemeinsame Diät mit einer nahe stehenden Person war für einige ($n=3$) eine Möglichkeit, Gewicht zu reduzieren bzw. zu halten. An dieser Stelle verdeutlicht sich wieder der wichtige Aspekt der Integration der Angehörigen, um positive Ergebnisse zu erhalten. An einem professionellen Seminar zur Gewichtsreduktion nahm lediglich eine Person teil.

Als Grund, weswegen die anderen sechs Probanden keine weitere Gewichtskontrolle in der Nachsorgephase erzielen konnten, wurde vor allem eine Rückkehr in den gewohnten Alltag mit all den jahrelang praktizierten Ernährungsfehlern angegeben. Ein weiterer erheblicher Teil gab als Grund an, zu wenig Zeit zur Verfügung zu haben, um ausreichend Sport zum Abnehmen betreiben zu können. Des Weiteren begründete die Hälfte der Betroffenen eine Gewichtszunahme als eine saisonale Schwankung im Winterhalbjahr.

Eine Betrachtung der Gewichtsentwicklung in Abhängigkeit vom Geschlecht ergab ähnliche Daten für beiderlei Geschlechter. Zwar konnten Männer etwas häufiger eine weitere Gewichtsreduktion in der postrehabilitativen Zeit erreichen, doch der Unterschied zu weiblichen Befragten ist nicht signifikant.

Eine Auswertung der Gewichtsentwicklung in der Nachsorge zeigte, dass keine Abhängigkeit von Erfolg in der Körpergewichtsreduktion und Alter besteht. Aufgrund der geringen Fallzahlen pro Altersintervall ist die Analyse bezüglich des Zusammenhanges nicht repräsentativ.

Alkoholkarenz. Für zwei Teilnehmer wurde ausschließlich im standardisierten Teil des Entlassbogens die Empfehlung „Alkoholkarenz“ vermerkt. Beide konnten sich an diese Empfehlung zur Nachsorge seit der letzten stationären Rehabilitation erinnern. Doch von einer konsequenten Umsetzung der Karenz ist nicht zu sprechen. Der eine Befragte konsumierte laut seiner Angabe weiterhin täglich 10 Bier, wie vor dem stationären Reha-Aufenthalt, und der andere konnte, laut seinen eigenen Angaben, die Alkoholmenge auf ein Bier pro Woche reduzieren. Ob diese Angaben in der Tat der Realität entsprechen, ist unsicher. Es könnte unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit eine inkorrekte Angabe des Konsums angegeben worden sein. Dem entsprechend könnte sich dieses Phänomen auch auf die weiteren Befragungsergebnisse dieser Empfehlung als Einflussfaktor eingeschlichen haben.

Auf die Frage, ob sie der Meinung sind, dass man sie bereits während der Reha über die Folgen eines weiteren verstärkten Alkoholkonsums klar und deutlich aufgeklärt hat, konnten beide zustimmen.

Der Proband, der eine Reduktion des Alkoholkonsums angab, wurde anhand verschiedener Items hinsichtlich der Ursache dafür, interviewt. Der Befragte gab an „wegen der guten Betreuung in der Reha“ und weil er „einfach diszipliniert aufgehört [hat] ohne irgendwelche Hilfsmittel“. Es spiegelt sich in diesem Einzelfall die bedeutsame Rolle der Betreuung in der Rehabilitationsklinik wider. Gerade dort wird das Fundament für relevante Verhaltensänderungen gelegt, die für die Nachsorge essentiell sind.

Bei dem Probanden, der keine Veränderung seines Trinkverhaltens aufweisen konnte und somit die Empfehlung zur Nachsorge nicht umsetzte, wurde nach der Ursache gefragt. Dieser griff statt auf vorgegebene Vorschläge auf das Item „Andere“ zurück, was er näher damit erläuterte, dass er den Geschmack von alkoholischen Getränken einfach gut fände. Kurzum fehlte hier vollkommen die nötige Einsicht zur Alkoholkarenz. Ob man das auf einen Mangel in seiner Betreuung in der Reha-Klinik zurückführen darf, sei angesichts der hohen Rückfallquote alkoholabhängiger Suchtkranker dahingestellt, vor allem aufgrund der kleinen Fallzahl in dieser Studie.

Nikotinkarenz. Eine Empfehlung zur Nikotinkarenz wurde 9 Probanden (18,0%), von denen über 75% einen regelmäßigen Nikotinkonsum im Schnitt seit mehr als 20 Jahren praktizierten, zur Nachsorge mit auf den Weg gegeben. Bis auf eine Person konnten sich bei Nachfrage alle gut an diese Nachsorgeempfehlung erinnern. Den Versuch, seit der letzten stationären Reha den Nikotinkonsum ganz oder zumindest teilweise zu reduzieren, starteten zwei Drittel der betroffenen Probanden (für die Items „Ja, sehr“ n=5, 55,6 %; „Eher ja“ n=2, 22,2%). Dagegen

als nicht motiviert für eine Einschränkung des Nikotinkonsums erwiesen sich die Übrigen (für die Items „Eher nicht“ und „Nein, überhaupt nicht“ je $n=1$, 11,1%). Die Mehrzahl der Probanden, denen eine Nikotinkarenz empfohlen worden war, vermochte zumindest den durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsum aller Raucher von 18,9 Zigaretten vor Beginn des letzten stationären Aufenthaltes in der Reha auf ein Mittel von noch ca. 6,2 Zigaretten pro Tag zum Zeitpunkt der Befragung zu reduzieren. Doch bei der, zumindest angegebenen, Reduktion des Nikotinabusus, ist in den meisten Fällen von einer Karenz im eigentlichen Sinne nicht zu sprechen. Um Tendenzen für reduktionsfördernde bzw. -hemmende Gründe für die Einschränkung des Nikotinkonsums erkennen zu können, wurden die Probanden in dieser Hinsicht befragt. Zur Begründung der erreichten Nikotinkarenz bzw. der Reduktion des täglichen Konsums seit der letzten stationären Rehabilitation wurde angegeben, dass die Unterstützung durch die Reha-Klinik während des stationären Aufenthaltes hilfreich war sowie eine gemeinsame Entwöhnung mit einer nahe stehenden Person als effektiv erachtet wurde. Auch durch einfache disziplinierte Beendigung des Nikotinkonsums konnte von einem Patienten eine Nikotinkarenz erreicht werden. Diesen Angaben zufolge wird wiederum die immense Bedeutung von Schulung und Aufklärung der Rehabilitationskliniken auf der einen Seite, auf der anderen Seite die wichtige Rolle der Angehörigen unterstrichen. Gerade Letztere umgeben den Betroffenen alltäglich als soziales Umfeld und haben insbesondere bei einer Suchterkrankung eine unterstützende Funktion.

Um die Ursachen für einen unverändert starken Nikotinabusus bei denjenigen Probanden zu erheben, die keine Reduktion erreichten, wurden folgende Häufigkeiten für die dargestellten Antwortmöglichkeiten erfragt. Platz eins in der Rangliste nahm dabei das Item „Zur Stressbewältigung“ mit 100,0% ein, gefolgt von „Aus Gewohnheit“ in 87,5%, „Raucher im Umfeld“ in 57,1%, „Mangelnde Motivation“ in 42,9% und „Nach Reha kurzzeitig aufgehört zu Rauchen, jedoch später wieder angefangen“ in 12,5% der Fälle. Die Falle der alltäglichen Gewohnheiten zeigt sich in diesen Ergebnissen deutlich mit den Antworten „Aus Gewohnheit“ und „Zur Stressbewältigung“. Das soziale Umfeld kann sowohl protektiv, als auch negativ-verstärkend auf den Abusus wirken. So gilt es, die positiven Ansätze der Raucherentwöhnungsprogramme während des stationären Aufenthaltes noch gezielter auf das Umfeld und die individuellen Gewohnheiten des Einzelnen auszurichten. Um eine gezielte betreute Nachsorge in der Nikotinentwöhnung vorbereiten zu können, wurden die teilnehmenden Raucher an der Untersuchung befragt, wie sie Kurse durch ihren Versicherungsträger fänden, die sie darin unterstützen würden, sich dem Nikotinkonsum zu entwöhnen. Bei der Bewertung von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (6) ergab sich in der

Gewichtung ein Gesamtmittelwert von 2,89 (SD 1,83). Die Befragten definieren also die Bedeutung der Versicherungsträger in der Umsetzung der Nikotinkarenz eher im Mittelfeld. Ob sie gerne an solchen Kursen teilnehmen würden, bejahte in etwa die Hälfte.

Die Erwartungshaltung bezüglich der Effektivität von professionellen Entwöhnungsprogrammen ergaben anhand der Rangordnung 1 für „sehr“ bis 6 „gar nicht“ einen Mittelwert von 3,89 (SD 1,76). Dieses Resultat verdeutlicht die Skepsis, mit der die Betroffenen einem solchen Nachsorgeprojekt begegnen.

Heil-/Hilfsmittel. Nur drei der fünf Probanden, für die die Nachsorgeempfehlung „Heil-/Hilfsmittel“ angegeben war, konnten sich auch an diese Empfehlung erinnern. In dieser Stichprobe kam im standardisierten Ankreuzbogen diese Empfehlung zweimal vor, dabei einmal mit kurzer Angabe, worum es sich handelte. Im Freitext der Entlassbriefe waren „Heil-/Hilfsmittel dreimal empfohlen worden. Es handelte sich um „Schuhaußenranderrhöhung“, „Verordnung von Schuheinlagen bei Spreizfuß“, „Verwendung eines Sitzkeils“ bzw. es wurde zwar die Maßnahme „Heil-/Hilfsmittel“ im Ankreuzbogen festgehalten, jedoch ohne jegliche weitere Erläuterung, weder im Ankreuzbogen selbst, noch im Freitext.

Auch in dieser Kategorie fällt auf, dass detailliertere Angaben von ärztlicher Seite in mancher Hinsicht fehlen. Zudem scheint auch hier in einigen Fällen die Information über die individuellen Empfehlungen zur Nachsorge bei den Rehabilitanden selbst nicht angekommen zu sein. Daher ist es ihnen dann nicht möglich, diese Nachsorge auch zufrieden stellend oder überhaupt umzusetzen. Dies unterstreicht auch das Ergebnis der Frage nach der Umsetzung der Kategorie „Heil-/Hilfsmittel“ zum Zeitpunkt der Datenerhebung, das aufzeigte, dass lediglich 2 von 5 realisiert worden waren. Als Begründung für das Nicht-Umsetzen wurde genannt, das Heil-/Hilfsmittel wäre schließlich vom Hausarzt bzw. Facharzt nicht verschrieben worden bzw. die Kategorie „andere Gründe“ wurde gewählt, jedoch ohne weitere Kommentierung. Auch hier wird wieder deutlich, wie sehr die Mehrzahl der Patienten einen engagierten Hausarzt in der Nachsorge benötigt, da ihnen selbst oft die Initiative fehlt.

Ergebnisse zur Struktur des Nachsorge-Ankreuzformulars. Am Ende des standardisierten Ankreuzbogens für Nachsorgeempfehlungen im Entlassschreiben sind individuelle Empfehlungen unter „Sonstige Anregungen“ möglich. Bei fünf Probanden der Stichprobe (10,0%) waren darunter insgesamt 8 Einzelvermerke aufgeführt. In Tabelle 19 sind die Maßnahmen dargestellt, die unter dieser Rubrik aufgeführt waren. Wie hier ersichtlich ist, entstand unter der Angabe „Sonstige Anregungen“ ein sehr heterogener Pool an

Nachsorgeempfehlungen. Bei der Auswertung dieser Angaben fiel auf, dass die verantwortlichen Ärzte den standardisierten Entlassbogen uneinheitlich bearbeiten. Sehr unklare Formulierungen wie „Fortführen erlernter Eigenübungen“ ohne weitere Definition oder Zusammenfassung erweisen sich als ungenau und schlecht beurteilbar. Folglich wirkte sich dies unproduktiv auf die Umsetzung der Nachsorge aus. Weder der ehemalige Rehabilitand kann sich solche Empfehlungen ausreichend ins Gedächtnis zurück rufen, wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, noch kann der weiterbehandelnde Hausarzt in die Nachsorge unterstützend eingreifen, da er mangels Information keine Kenntnis darüber erhält, was mit derartigen Empfehlungen seitens der Reha-Mediziner gemeint ist.

Eine ähnliche Problematik ist im freitextlichen Entlassschreiben zu finden. Bei der Mehrzahl der Probanden (n=41; 82,0%) konnten weitere Empfehlungen zur Nachsorge im Freitext festgestellt werden, ohne dass bei diesen Rehabilitanden im standardisierten Entlassbogen zumindest als Hinweis die Kategorie „Sonstige Anregungen“ angekreuzt worden war. Die Daten zur Umsetzung solcher Empfehlungen, die nur im Freitext enthalten waren, sprechen für sich, wie Tabelle 8 zeigt. An diese konnte sich nur ein geringer Teil der Befragten erinnern. Ein noch geringerer Anteil schaffte eine Umsetzung. Auch der behandelnde Arzt dürfte sie häufig übersehen. Empfehlungen zur Nachsorge, die sich lediglich in einem sehr ausführlich formulierten Entlassbrief verbergen, können daher nur unter erschwerten Umständen vom nachbehandelnden Arzt wahrgenommen werden. Es wäre anzuraten, dass die verantwortlichen Ärzte in der Rehabilitationsmedizin einen Konsens über eine korrekte, übersichtliche und vereinheitlichte Dokumentation in den vorgegebenen Formularen fänden. Zudem sollten sie aufgefordert sein, im Speziellen darauf zu achten, den Ankreuzbogen für Empfehlungen zur Nachsorge vollständig auszufüllen, damit die Empfehlungen übersichtlich auf einen Blick dem Entlassschreiben zu entnehmen sind. Nicht zuletzt wäre dies ebenso vorteilhaft für korrekte statistische Auswertungen.

Es sei noch eine Überlegung zum Definitionsunterschied zwischen „Spezieller Nachsorge“ und „Sonstige Anregungen“ angeführt. Es gibt viele Maßnahmen, die sowohl unter der einen als auch der anderen Kategorie angeführt werden könnten. Es wäre also in standardisierten Ankreuzbögen eine genaue Definition der Begriffe und Maßnahmen nötig, um Reha-Medizinern eine korrekte Dokumentation zu erleichtern.

6.1.2 Subjektive Bewertung. Im Anbetracht dessen, dass das Interview nach einem Ablauf von drei Monaten nach der letzten stationären Rehabilitation vorgenommen wurde, zeigte sich

ein deutlich befürwortendes Ergebnis in der Bewertung des noch verbleibenden positiven Einflusses der Rehabilitation auf den Krankheitsverlauf.

Bei der Frage nach dem Wunsch nach einer besseren Nachsorge nach der stationären Phase der Rehabilitation fand sich eine mittlere Bewertung im Durchschnitt der Rehabilitanden. Dies lässt darauf schließen, dass eine gewisse Unzufriedenheit besteht und bei manchen Rehabilitanden durchaus noch Wünsche nach besserer Nachsorge vorhanden sind.

Um einen Einblick in die Beurteilung der vermittelten Reha-Vorbereitungen auf Alltags- und Berufsleben erhalten zu können, sollte in dieser Hinsicht ebenfalls eine Bewertung vorgenommen werden. Die Vorbereitung durch die Rehabilitation auf das Leben mit der Erkrankung im Alltag bewerteten die Teilnehmer gut mit einem Gesamtmittelwert von 1,96 (Schulnotenäquivalent). So tendierte die Meinung der Probanden dahin, dass sich die Anwendungen und Schulungen während der Rehabilitation positiv auf das Leben mit der Erkrankung, weswegen die Rehabilitation genehmigt wurde, auswirkt.

Die Vorbereitung auf den Umgang mit der Erkrankung im Berufsleben bewerteten die Befragten im Mittel mit 2,20. Dieser Wert ist zwar geringfügig schlechter ausgefallen, als die Vorbereitungen auf den Alltag, doch insgesamt steht auch diese Beurteilung im positiven Bewertungsbereich der Skala und zeigt auch hier eine deutliche Zufriedenheit der Probanden. Abschließend ist zu bemerken, dass sich die Rehabilitanden durchschnittlich gut mit den rehabilitativen Mitteln in der Vorbereitung auf das Leben nach der poststationären Phase betreut fühlen.

Auf die Frage, ob sich die Probanden eine intensive Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die sie in der Reha erlernt und im Alltag anwenden sollen, durch ihren Hausarzt, mittels beispielsweise viertel- bzw. halbjährlicher Termine/Schulungen, wünschten, konnte eine mittlere Bewertung von 3,34 ermittelt werden. Dieses Ergebnis spiegelt wider, dass die eine Fraktion eher eine Kontrollfunktion ihres Hausarztes befürwortet, die andere von dieser Idee jedoch abgeneigt ist. In den fakultativen freitextlichen Nennungen von Wünschen und Anregungen wurde gerade dem Hausarzt sehr häufig eine wichtige Rolle in der Unterstützung zur Umsetzung der Nachsorge zugesprochen. Er wird als Instanz betrachtet, die Empfehlungen zur Nachsorge nochmals nachdrücklich zu vermitteln und gegebenenfalls ihre Durchführung auch zu überwachen. Dagegen dürfte gerade die Kontrollfunktion des Hausarztes von vielen Rehabilitanden abgelehnt werden.

Weiterhin sollten sich die Probanden dazu äußern, inwieweit sie sich eine intensive Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die sie in der Reha erlernt und im Alltag anwenden sollen, durch ihren Versicherungsträger bzw. Krankenkasse wünschten.

Hierzu konnte ein Mittelwert schulnotenäquivalent von 2,6 festgestellt werden. Bemerkenswert ist, dass die Rolle der Versicherungsträger als Kontrollinstanz in der Nachsorge besser eingeschätzt wurde als die Rolle des Hausarztes. Somit unterstreicht dies die Rolle der Versicherungsträger in der Nachsorgephase der Rehabilitation. Sie sei relevanter für die Probanden, als sie sie für den Hausarzt erachteten. Doch entgegen diesem Ergebnis fiel in den Wünschen und Anregungen für die Verbesserung der Nachsorge die freitextliche Nennung der Versicherungsträger als wichtiger Faktor in der Nachsorge kaum ins Gewicht.

Um die Rolle der behandelnden Rehabilitationskliniken in der Nachsorge näher zu untersuchen, wurde gefragt, wie die Untersuchungsteilnehmer die Idee fänden, themenbezogene Nachtreffen im Anschluss an eine Reha auch noch längere Zeit nach der Reha zu veranstalten, damit sich das in der Reha erlernte Wissen weiter festigt. Für diese ergab sich ein guter Mittelwert von 2,34. Demzufolge erachteten die Befragten im Vergleich gerade die Rehabilitationskliniken als wichtig in der Nachbetreuung der Umsetzung der rehabilitativen Nachsorgeempfehlungen.

Zu den freitextlichen Nennungen von Wünschen und Anregungen zur Verbesserung der Rehanachsorge aus der Sicht der Rehabilitanden, zu denen sich etwa die Hälfte der Probanden (n=27) äußerten, können die folgenden Schwerpunkte zusammengefasst werden.

Als einer der häufigsten genannten Gründe, warum die Nachsorgeempfehlungen nach einer stationären medizinischen Rehabilitation weniger optimal umgesetzt werden konnten, wurde seitens der Befragten geäußert, dass die Zeitspanne von in der Regel vier Jahren zwischen zwei Reha-Maßnahmen wesentlich zu lange sei. Erschwerend falle die Kürze eines stationären Aufenthaltes von durchschnittlich drei Wochen ins Gewicht. Die Empfehlungen und Übungen würden sich daher schon bald im Alltag verlieren. Als Vorschläge zur Lösung dieses Problems wurden häufiger angebracht, es solle in kürzerer zeitlicher Distanz eine Rehabilitation genehmigt werden oder zumindest in der Zeit nach der stationären Phase einige Wochen anschließend Kurse von den Versicherungsträgern zur Unterstützung der Nachsorge möglichst einmal pro Woche angeboten werden.

Als eine wichtige Instanz in der Nachsorge erachteten viele Interviewten auch die Rolle des Hausarztes, der idealerweise regulär bei Erhalt des Entlassbriefes der Reha-Klinik ein Arzt-

Patienten-Gespräch führen solle, in dem er nochmals nachdrücklich die Nachsorgeempfehlungen verdeutlichen und gegebenenfalls zusätzliche Informationen diesbezüglich geben solle.

Einige Untersuchungsteilnehmer fühlten sich bereits während der stationären Phase der Rehabilitation schlecht seitens des Rehabilitationsteams betreut, was sich für sie erheblich auf die Motivation zur Umsetzung der Nachsorge auswirkte. Es seien zum einen zu wenige Anwendungen während der stationären Zeit vorgenommen worden. Zum anderen wären die Empfehlungen zur Nachsorge für die Zeit nach der stationären Rehabilitation nur mangelhaft oder gar nicht übermittelt worden.

Weiterhin wurde kritisiert, die Übungen in der Rehabilitation seien nicht genügend individuell ausgerichtet, speziell auf die Umsetzung am Arbeitsplatz.

Ein großer Teil der Befragten hielt allerdings dagegen, jede Person sei schließlich für sich selbst verantwortlich, und habe somit selbst für die Realisierung einer effektiven Nachsorge Sorge zu tragen.

6.1.3 Einflüsse der Kontextfaktoren auf die Umsetzung der empfohlenen Nachsorge- maßnahmen

Kontextfaktoren sind Einflussgrößen des Umfeldes eines Individuums. „Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005). Unter anderem sind darin Faktoren wie interpersonelle Beziehungen sowie deren Unterstützung, natürliche und vom Menschen gestaltete Umwelt, Dienstleistungen, persönliche Einstellungen, Werte und Überzeugungen, Politikfelder einschließlich deren Organisation und Struktur und schließlich unterstützende Technologien in diesem Fachbegriff zusammengefasst.

In dieser Untersuchung wurden Daten zu personenbezogenen Faktoren und Daten zu interpersonellen Beziehungen erhoben und es wurde erfragt, inwiefern die Probanden durch diese Beziehungen Unterstützung in der Nachsorge finden können. Zudem wurden auch persönliche Einstellungen, Werte und Überzeugungen zur Umsetzung der einzelnen angeratenen Nachsorgeempfehlungen erfragt.

Kontextfaktoren können sowohl fördernde Einflussgrößen auf die Umsetzung von Empfehlungen zur Nachsorge sein, aber auch negativ-hemmende Faktoren. Fördernde

Faktoren erhalten Erfolge der stationären Rehabilitation auch lange Zeit im alltäglichen Leben des Patienten aufrecht. Hinderliche Faktoren blockieren die Aufrechterhaltung der Rehabilitationserfolge, so dass sich zeitnah nach dem stationären Rehaaufenthalt alte Gewohnheiten einstellen, die eine weitere Verbesserung des Lebens mit der Erkrankung hindern oder sogar auf die Dauer eine Verschlechterung provozieren.

Im Folgenden sind die aus der Untersuchung herausgearbeiteten förderlichen und hinderlichen Kontextfaktoren zur Umsetzung der Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation dargestellt.

6.1.3.1 Förderliche Faktoren für die Umsetzung von Rehanachsorgemaßnahmen

1. Stationäre Phase

Eine Schlüsselrolle für die Vermittlung von anschaulicher und eingehender Information und Motivation zur Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen hat das betreuende Personal in der stationären Rehabilitation. Während der stationären Verweildauer wird durch Vermittlung von Wissen und dessen Transfer in die Praxis das Fundament für den Erfolg einer rehabilitativen Intervention gelegt. Es zeigte sich, je zufriedener die Probanden in dieser Hinsicht mit ihrer Reha insgesamt waren, umso engagierter gingen sie postrehabilitativ den Empfehlungen zur Nachsorge nach.

Um die Bedeutsamkeit des anzustrebenden Erhaltes der gewonnenen Ziele in der Rehabilitation zu begreifen, erachten es die Untersuchungsteilnehmer auch als wichtig, eine gewisse Aufklärung über Folgen einer fehlenden Nachsorge zu erhalten.

Als ganz speziell fördernd für eine konsequente Fortführung der empfohlenen Nachsorge kristallisierte sich eine individuelle Betreuung mit gezielten Übungen mit Augenmerk auf das private und berufliche Umfeld des Einzelnen heraus. So ist der Transfer der Nachsorge in den Alltag wesentlich erleichtert.

Einen prägenden Einfluss scheint der betreuende Rehamediziner zu haben. In ihn werden die Erwartungen insbesondere im Abschlussgespräch nach Beendigung der Rehabilitation gesetzt, in dem optimalerweise, laut der Befragten, noch einmal die Rehabilitationserfolge retrospektiv bewertet und Mittel zur Nachsorge mit all ihrer Relevanz zum Erhalt der positiven Ergebnisse näher gebracht werden sollten.

2. Poststationäre Phase

Wie obig schon deutlich wird, spielt der behandelnde Hausarzt für seinen Patienten eine wichtige Rolle in der Nachsorge. Insbesondere von ihm wird beispielsweise ein ausführliches Hausarzt-Patient-Gespräch zu einer gewissen Nachbearbeitung der Rehabilitation und nicht zuletzt zur Vermittlung der Nachsorgeempfehlungen und deren Relevanz für den weiteren Verlauf erwartet. Dadurch werden eventuell aufgetretene Defizite in der Übermittlung der Nachsorge durch die Reha-Klinik ausgeglichen. Unterstützend wirkt die Rolle des Hausarztes weiterhin, wenn dieser zusätzlich zu den in der Reha festgelegten Empfehlungen zur Nachsorge darauf aufbauende Informationen und praktische Tipps zu einer erleichterten Umsetzung der Nachsorge weitergibt. Nicht zuletzt wirkt es sich vorteilhaft aus, wenn er den ehemaligen Rehabilitanden ganz explizit zu einer konsequenten Nachsorge motiviert, diese gegebenenfalls sogar kontrollieren würde. Wie die niedergelassenen Ärzte, die die hausärztliche Versorgung übernommen haben, jedoch einen solchen zusätzlichen zeitlichen Aufwand angehen sollen, ist in der derzeitigen Struktur des Gesundheitssystems nur schwer vorstellbar.

Wie bereits in einem Schreiben der Deutschen Rentenversicherung erkannt wurde, zeigte sich ein Einbezug von Angehörigen in die Nachsorge als besonders förderlich (DRV, 2008). Sie stellen das direkte persönliche Umfeld des Individuums dar. Wenn auch die Angehörigen aktiv in ein Nachsorgeprogramm involviert werden, übernehmen diese direkt Verantwortung für eine gute Realisierung und können durch ihre Erkenntnis und Motivation den Rehabilitanden positiv beeinflussen. Dass die Angehörigen in den Nachsorgeprozess stärker integriert werden müssen, unterstreicht auch die Bekräftigung der BfA, dass „eine wesentliche Aufgabe (...) künftig die stärkere Ausrichtung an den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden mit orthopädischen Erkrankungen im Sinne einer verstärkten Patientenorientierung sein [wird]. Hierzu gehören neben dem Ausbau der ambulanten Rehabilitation mit differentieller Zuweisung der Versicherten auch die intensivere Einbeziehung von Angehörigen (...) sowie die nahtlose Einbindung individuell gestalteter Nachsorgeaktivitäten“ (BfA, 2008). Detaillierte Angaben, wie sich diese „intensivere Einbeziehung“ jedoch gestalten wird, wurden nicht vermerkt.

Wie das Konzept der „Stufenweise Wiedereingliederung“ als Nachsorgemaßnahme verdeutlicht, gibt eine Anwendung von bewährten Modellen zur Nachsorge dem Betroffenen Sicherheit und fördert die Akzeptanz seines Umfeldes. Diese Akzeptanz erleichtert wiederum eine weitere Umsetzung. Es wäre wünschenswert, dass in vielen Bereichen der Nachsorge

noch weitere standardisierte Modelle entwickelt werden, um den Prozess der Nachsorgeorganisation nach einer Reha unterstützen zu können.

6.1.3.2 Hinderliche Faktoren für die Umsetzung von Rehanachsorgemaßnahmen

1. Stationäre Phase

Häufig wurde beklagt, dass zum Bedauern der Probanden kein Abschlussgespräch zwischen dem behandelnden Arzt in der Reha und dem Rehabilitanden stattgefunden hatte, in dem anstehende Nachsorgeempfehlungen gegeben wurden. Manche teilten auch mit, dass sie sich, selbst wenn ein Entlassgespräch zustande gekommen war, nicht an explizite Empfehlungen zur Nachsorge erinnern konnten. Zwar waren beispielsweise ausdrücklich Hinweise zur Fortführung bestimmter Bewegungsübungen bzw. sportlicher Betätigungen in den Entlassdokumenten schriftlich vermerkt worden, doch einige Reha-Ärzte verzichteten anscheinend darauf, den Rehabilitanden persönlich noch einmal die Empfehlungen zu erläutern. Beim Rehabilitanden kam die Information nicht an. Wiederholt fielen Äußerungen durch die Probanden, die die große Relevanz des Abschlussgesprächs als sehr eindrückliche und wichtige Funktion zur Auseinandersetzung mit erreichten Zielen in der stationären Rehabilitation deutlich machten. Wahrscheinlich hat dieses einen sehr wichtigen Einfluss auf die Motivation zur Nachsorge.

Zu einer teilweise mangelhaften Dokumentation gesellte sich auch oft die Problematik, dass zahlreiche Empfehlungen zur Nachsorge in sehr langen freitextlichen Entlassbriefen verborgen sind, aber nicht zusätzlich auf den übersichtlichen standardisierten Ankreuzbögen vermerkt wurden. Der weiterbehandelnde Hausarzt nimmt Empfehlungen zur Nachsorge in ausführlichen Entlassbriefen eventuell aufgrund zeitlicher, praxisrelevanter Gründe nicht wahr. Dies geschah in dieser Untersuchung besonders häufig bei Empfehlungen unter der Kategorie „Sonstige Anregungen“, die erst bei genauer Erarbeitung der ausführlichen freitextlichen Entlassschreiben erkannt werden konnten. Kurze, tabellarisch aufgeführte Nennungen der relevanten Nachsorgeempfehlungen in der Epikrise würden auf einen Blick eine klare Übersicht liefern.

2. Poststationäre Phase

Bei den Auswertungen hinsichtlich der Empfehlung „Diagnoseabklärung“ fiel auf, dass Hausärzte, laut Aussagen der Probanden, die speziellen Empfehlungen, obwohl verständlich

dokumentiert, nur teilweise bzw. gar nicht, veranlasst hatten. Natürlich liegt es auch im fachlichen Ermessen des behandelnden Hausarztes, welche weitere Diagnostik er zur Befundabklärung als wichtig erachtet. Jedoch deutet sich hier ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Reha-Klinik und ambulanter hausärztlicher Versorgung an. Dies könnte darin begründet sein, dass seitens der Rehabilitationskliniken Untersuchungsbedarf und –möglichkeiten in der ambulanten Versorgung nicht korrekt eingeschätzt werden.

Der häufigste Grund für eine nicht oder nur partiell realisierte Nachsorge nach der Reha ist nach Angaben der Teilnehmer der Alltagsstress, der überwiegend durch Zeitmangel wegen des Berufs und dessen Verpflichtungen entsteht. Allgemein leiden die Befragten unter der Diskrepanz zwischen zeitlich klar strukturiertem Rehaaufenthalt und dem individuellen Alltag. Es wird deutlich, dass in dieser Hinsicht noch Umstrukturierungsbedarf besteht, was die Schulung von zeitlicher Organisation der Nachsorge im Alltag betrifft. Die Rehabilitanden schaffen häufig nicht den Transfer zwischen stationärer Theorie und Alltag bzw. Gewohnheiten. Gegebenenfalls müssen die Schulungen während der Reha noch individueller abgehalten werden und auch Möglichkeiten zur realistischen Umsetzung zur Nachsorge beinhalten.

Unter den Anmerkungen zu Wünschen und Anregungen waren äußerst häufig Formulierungen zu finden, die besagten, dass zwischen zwei Rehabilitationen ein zu langer zeitlicher Abstand, in der Regel vier Jahre, bestünde. Es wird häufig die Meinung vertreten, dass kürzere zeitliche Abstände sich positiv auf die Umsetzung der Nachsorge auswirken würden, da die Motivation leichter erhalten werden könnte und die Erinnerungen an die Nachsorgeempfehlungen präsenter wären.

6.2 Diskussion von Studiendesign und Methodik

50 Probanden wurden aus 86 fortlaufenden Patientenakten mit einer Erstdiagnose einer muskuloskeletalen Erkrankung ausgewertet. 26 Patientenakten mussten im Vorfeld ausgeschlossen werden, weil beispielsweise keine aktuelle Telefonnummer ermittelt werden konnte bzw. weil wegen der Diagnose Aphasie eines Patienten ein telefonisches Interview nicht durchführbar schien. Von 61 verwertbaren Patientenakten waren jedoch 11 Probanden nicht zu interviewen, zum Beispiel wegen eines Krankenhausaufenthaltes oder weil die Befragung verweigert wurde. Der häufigste Grund war, dass Probanden telefonisch nicht erreichbar waren.

Seit der stationären Rehabilitation waren bei der Befragung ca. drei Monate vergangen, weshalb sich einige Probanden eventuell nicht mehr genau an Inhalte der in der Reha vermittelten Informationen erinnern konnten oder im Speziellen nicht mehr den Inhalt des Abschlussgesprächs mit ihrem betreuenden Reha-Arzt präsent hatten. So waren möglicherweise empfohlene Nachsorgemaßnahmen nicht präzise aus dem Gedächtnis des Einzelnen abrufbar.

Die Stichprobe umfasste eine Anzahl von 50 Befragten, was eine relativ geringe Fallzahl darstellt. Daher erscheint es insbesondere bei selten verordneten Empfehlungen zur Nachsorge fraglich, ob diese Fallzahlen für eine Allgemeinaussage repräsentativ sind.

Um die Ergebnisse der Interviews nicht durch subjektive oder aktuelle Einflüsse zu stark zu verfälschen, wurden die 50 Probanden in dem telefonischen Interview anhand eines standardisierten Interviewleitfadens befragt, dessen Inhalte mit der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken abgestimmt worden sind (siehe Anhang).

Die Probanden wurden telefonisch in ihrem häuslichen Umfeld kontaktiert. Zuerst wurden sie allesamt über Absicht und Ziel des Interviews informiert und über die absolute Anonymisierung ihrer Angaben und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung aufgeklärt. Im Anschluss daran wurde die ausdrückliche Genehmigung zur Durchführung des Interviews eingeholt. Im Vorfeld wurden die Probanden explizit mit den verschiedenen Typen der Antwortmöglichkeiten der Befragung vertraut gemacht, so dass Fehlerquellen durch unzureichendes Verständnis des Antwortmodus sowie durch Antworten, die von sozialer Erwünschtheit geprägt waren, vorgebeugt wurden oder zumindest reduziert werden konnten. Vor dem Hintergrund benannter methodischer Einschränkungen ist die Studie als explorativ zu betrachten. Sie kann damit als Ausgangspunkt für weiterführende Studien dieses wichtigen Gebietes der Nachsorgeforschung dienlich sein.

6.3 Schlussfolgerung für weitere Forschung und Praxis

„Für die Medizin stellt der Nachweis der Effektivität und Kosten-Effektivität ihrer Leistungen eine wichtige Aufgabe dar.“ (Leidl, 1998, S. 69). So sollte es sich auch in der rehabilitativen Nachsorge verhalten.

Dass die Nachsorge als ein relevantes Feld der Rehabilitation erachtet wird und weiter an Bedeutung gewinnt, ist bekannt. Wie in der Wissenschaft weiter konstatiert wird, gilt es „die

Rehabilitation durch die Möglichkeiten einer intensiven Nachsorge zu ergänzen und zu verbessern. Sie sollte auch näher spezifizierte Heilmittel, psychosoziale Leistungen, konkrete arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, eventuell auch ambulante ärztliche Kontroll- und Überleitungsmaßnahmen sowie Pflegeüberleitungsmaßnahmen sowie die Kontrolle und Optimierung der Hilfsmittelversorgung einschließen. Insbesondere den stationären Einrichtungen muss Casemanagement über die Dauer des stationären Aufenthaltes hinaus ermöglicht werden.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1999, S.19).

Die gewonnene Erkenntnis einer nachhaltigen Förderung der Nachsorge erfordert Mittel und Wege, die eine Verbesserung der Umsetzung von Nachsorge fördern. So muss den Rehabilitanden schon in der stationären Phase ein effektives Nachhaltigkeitsdenken vermittelt werden. Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund setzte das Rahmenkonzept zur rehabilitativen Nachsorge vom 11. Oktober 2001 fest. Dabei „konnte [sie] auf die Erfahrungen zurückgreifen, die zahlreiche Träger bspw. mit der intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA), speziellen Nachsorgestellen, einer nachgehenden schriftlichen Erinnerung, nachfolgenden Auffrischkursen (KARENA), telefonischer Nachsorge, psychosomatischen Leistungen nach dem Curriculum Hannover und anderen Maßnahmen gesammelt haben. Berücksichtigt wurden dabei die Ergebnisse von Erhebungen des VDR aus dem Sommer 2005“ (Köpke, 2007, S. 792).

Von der Arbeitsgruppe „Nachsorge in der Rehabilitation“ ist ein Entwurf eines trägerübergreifenden Praxisleitfadens „Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erarbeitet worden (BAR, 2007). Dieser Praxisleitfaden ist zielgerichtet auf Ärzte, Therapeuten und weitere Mitglieder des Rehabilitationsteams und nicht zuletzt an den betroffenen Rehabilitanden selbst.

Schon 1989 konstatierte Zietlow, dass es essentiell sei, eine „Kooperation mit nachsorgenden Anbietern“ und eine „Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Nachsorge-Vorschläge“ anzustreben (Zietlow, 1989). Seiner Meinung nach bedarf es der „Information der Klinik-Ärzte über die Nachsorgemöglichkeiten“, weiterhin sei ein „erweiterter Formularsatz mit konkreten Nachsorgevorschlägen (zum Ankreuzen), Kontaktaufnahme mit dem Rehabilitanden seitens der Rentenversicherung, Information über regionale Adressen etc. zu Nachsorgeangeboten“ erforderlich und schließlich bei Bedarf eine „persönliche Beratung und Motivationsgespräche“ (Zietlow, 1989). Wie auch diese aktuelle wissenschaftliche Untersuchung belegt, bestehen einige Defizite in der Informationsübertragung im Bezug auf die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen zwischen behandelndem Arzt in der Rehabilitation und Patient, zwischen Reha-Arzt und nachbehandelndem Arzt sowie zwischen Hausarzt und

Patient. Offensichtlich hat das Abschlussgespräch in der Rehabilitation eine sehr eindrückliche Relevanz, und damit eine wichtige Aufgabe bei der individuellen Auseinandersetzung mit erreichten Zielen während der stationären Rehabilitationszeit. Dies kann die Motivation für weitere Information und Umsetzungsstrategien zur Nachsorge stark beeinflussen. Eventuell sollten Abschlussgespräche anhand eines standardisierten Gesprächskonzepts erfolgen, in dem der Rehabilitand abschließend noch einmal nachdrücklich auf seine individuellen Empfehlungen zur Nachsorge aufmerksam gemacht wird. Eine solche Gesprächsstandardisierung müsste noch von Expertenseite konzipiert werden.

Zudem wäre eine genaue Definition einzelner Nachsorgeempfehlungen anzuraten. So ergeben sich Fragen, welche Art der Nachsorge unter der Kategorie „Spezielle Nachsorge“ erteilt werden soll. Dabei ist auch eine Differenzierung zwischen „Spezielle Nachsorge“ und „Sonstige Anregungen“ nicht klar definiert, was zu uneinheitlichen Angaben – falls überhaupt mit angegeben - führt. Es sind klare Definitionen notwendig, um eine gute Dokumentation erreichen zu können, was im Endeffekt einen förderlichen Aspekt für die Umsetzung der Nachsorge bewirken könnte.

Abschließend ist nochmals zu betonen, dass diese Untersuchung eine Art Pilotstudie darstellt, um einen ersten explorativen Einblick erhalten zu können, in welchem Umfang Reha-Nachsorge von der eigentlichen Zielgruppe, den Rehabilitanden, umgesetzt werden kann. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen der Studie wurde erarbeitet, in welchem Umfang Reha-Maßnahmen zur Nachsorge empfohlen worden waren und welche Probleme sich bei der Schnittstelle zwischen stationärem Reha-Aufenthalt und dem Transfer der Erkenntnisse und Fertigkeiten in den Alltag ergaben. Ebenso wurde beleuchtet, welche förderlichen Aspekte die Umsetzung der Nachsorge erleichtern. So sollten nun mit diesem Hintergrund weitere gezielte Untersuchungen hinsichtlich der Erforschung der rehabilitativen Nachsorgephase und deren Evaluation angestrebt werden. Beispielsweise wäre es wichtig, vorliegende Ergebnisse durch Untersuchungen mit weitaus größeren Fallzahlen zu belegen. Insbesondere wäre interessant, eine ähnliche Untersuchung zur Nachsorge bei Rehabilitanden durchzuführen, die von anderen Rehabilitationsträgern erbracht werden, um eventuelle Unterschiede erheben zu können. Ergänzend würde eine Differenzierung mit Probanden anderer Diagnosen als muskuloskeletale Erkrankungen in der Nachsorge möglicherweise überraschende Unterschiede offenbaren. Wie jedenfalls die vorliegende Arbeit deutlich machte, ist eine Überarbeitung des Entlassbrief-Formulares der medizinischen Rehabilitation dringend notwendig. Daneben ist eine Schulung der Rehabilitations-Ärzte zur zuverlässigen

Umsetzung der Formblätter wichtig. Eine stärkere Einbindung der Hausärzte zur Gewährleistung der Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen muss erfolgen. Ebenfalls müssen weitere standardisierte Konzepte im bestehenden System ausgearbeitet werden. Diese Themen müssen allesamt zum Fokus weiterer Forschung werden, um weiterhin die wichtige Nachsorge in der Rehabilitation zu fördern.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die hohe Relevanz von Rehabilitationsnachsorge ist hinlänglich belegt, doch die Umsetzung dieser Nachsorge gestaltet sich, wie ebenfalls die vorgenommene Untersuchung belegt, zum Teil mangelhaft. Ziel der vorliegenden empirischen retrospektiven Follow-up-Studie war es, förderliche Faktoren für eine gelungene Umsetzung von Rehanachsorge zu finden, aber auch hinderliche Faktoren darzustellen.

Die in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken durchgeführte Untersuchung befasste sich mit der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen bei 50 zufällig ausgewählten Probanden mit orthopädischen Diagnosen circa drei Monate nach Abschluss einer stationären medizinischen Rehabilitation. Zunächst wurde die individuelle Gesamtzahl von Nachsorgeempfehlungen aus dem Datenmaterial der Patientenakte erhoben. Darauf aufbauend wurde in einem Telefoninterview die Umsetzung dieser Nachsorgeempfehlungen erfragt, um einen Anhalt für förderliche bzw. hinderliche Faktoren aus der Sicht der ehemaligen Rehabilitanden erörtern zu können.

Durch die vorliegende Arbeit wird deutlich, dass eine korrekte Aufklärung der Rehabilitanden inklusive Weitergabe von weiterführenden Informationen und Motivation durch das Reha-Team, insbesondere den Reha-Arzt, von zentraler Bedeutung für die spätere Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen ist. Sehr vorteilhaft wirkt sich auch eine individuell orientierte reha-stationäre Betreuung mit Blick auf die Nachsorge aus, die gezielt auf das private und berufliche Umfeld der Rehabilitanden eingeht. Nach der stationären Rehabilitation stellt der Hausarzt im von Rehabilitanden häufig erwarteten anschließenden Arzt-Patient-Gespräch eine Schlüsselposition in der Auseinandersetzung mit den Empfehlungen zur Nachsorge dar. Er vermag Defizite in der Informationsübermittlung hinsichtlich der Nachsorge auszugleichen und einen motivierenden Beitrag zu einer konsequenten Umsetzung der Nachsorge zu leisten. Nicht zuletzt zeigt sich die Integration von Angehörigen in die Nachsorge als förderlich für eine konsequente Umsetzung.

Als hinderlich für eine effektive Umsetzung der Nachsorge kristallisierte sich mangelhafte Kommunikation zwischen Reha-Arzt und Rehabilitand heraus sowie zwischen Reha-Arzt und weiterbehandelndem Hausarzt im Bezug auf explizite Nachsorgeempfehlungen. Diese werden oft nicht ausdrücklich definiert und an den Betroffenen herangetragen. Eine gewisse

Problematik entsteht auch im Bezug auf den standardisierten Teil des Entlassbriefes der rehamedizinischen Einrichtungen, denn durch ledigliches Ankreuzen der vorgegebenen Empfehlungen, falls dieses überhaupt vorgenommen wurde, ist des Öfteren nicht klar ersichtlich, wie die praktische Ausführung dieser Maßnahmen auszusehen hat. Detaillierte Empfehlungen in den ausführlichen Entlassbriefen gehen gegebenenfalls verloren. Hierzu fällt insbesondere die Empfehlung „Sonstige Anregungen“ ins Gewicht, die sich oft in den lang formulierten Entlassbriefen verborgen hielten und den Patienten niemals erreichten. Ein Problem erwies sich schon in den Formulierungen der Empfehlungen zur Nachsorge in den standardisierten Ankreuzbögen der Entlassschreiben, die vereinzelt eine ungenaue Definition erkennen ließen und sich somit auch statistisch schwer evaluierbar zeigten. Als zusätzlich unproduktiv erwies sich, dass Hausärzte zeitweise die Empfehlungen zur Nachsorge, wie beispielsweise Diagnoseabklärungen, nur teilweise umsetzten. An der Spitze der Ursachen einer ineffektiven Nachsorgeumsetzung wurden von den Probanden privater Alltagsstress und durch den Beruf provoziertes Stress genannt. Die Probanden gaben häufig die Diskrepanz zwischen einem zeitlich und inhaltlich klar strukturierten Rehaaufenthalt und dem Leben mit den persönlichen Alltagspflichten als Grund für eine erschwerte Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen an. Ebenfalls wurde sehr häufig angegeben, dass die überwiegend erst nach vier Jahren erfolgte Genehmigung zu einer weiteren stationären Rehabilitation einen zeitlich zu großen Abstand darstellt. Daher würden die Nachsorgeempfehlungen allmählich in Vergessenheit geraten. Gelegentlich fiel mangelnde Einsicht in den Nutzen relevanter Nachsorgeempfehlungen (z.B. Psychotherapie) auf.

Auf den gewonnenen Erkenntnissen dieser Untersuchung basierend, die als Pilotstudie zu betrachten ist, sind weiterführende Arbeiten unverzichtbar, um Strategien zur langfristigen Sicherung der Nachsorgeumsetzung entwickeln zu können. Ebenfalls ist die Erarbeitung einer noch gezielteren Dokumentation von Nachsorgeempfehlungen in Entlassschreiben der Rehabilitationskliniken notwendig, um weiterbehandelnde Ärzte in Zukunft effektiver in den rehabilitativen Nachsorgeprozess involvieren zu können. Zudem wären generell verpflichtende Nachsorgeprogramme in standardisierter Form mit Qualitätssicherungsprogrammen nach jeder medizinischen Rehabilitation anzustreben, um auch auf lange Sicht eine Sicherung der Rehabilitationserfolge gewährleisten zu können.

8. LITERATURVERZEICHNIS

Beck, M., Eisenhauer, W. & Löffler, H. (Hrsg.) (1984). Rehabilitation heute. Die Reha-Studie Baden. Eine wissenschaftliche Untersuchung medizinischer Rehabilitation und Nachsorge. Karlsruhe: Selbstverlag

Bode, M. (2003). Intensivierte Rehabilitationsnachsorge – Bei welchen Patienten ist die Einleitung einer IRENA-Maßnahme sinnvoll? in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 2. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation im Gesundheitswesen. Bad Kreuznach 10.-12.03.2003. DRV-Schriften Band 40 (S. 312-314). Bad Homburg: Wdv-Verlag

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaften. Berlin: Springer Verlag

Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). Geschäftsbericht 2006-2007
www.bar-frankfurt.de → Publikationen → Geschäftsbericht 2006/2007, S. 47

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1999). Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation, Anregungen und Empfehlungen aus den Beiträgen auf dem 3. Bundeskongress für Rehabilitation 1999. Frankfurt am Main: Selbstverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005). Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Frankfurt am Main: Selbstverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006), Reha-Ausgaben-Anteile GKV 2005, Bar-Info Heft (3)

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2002). Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problemlösungen, Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der BfA, 2. Fassung. Berlin: Selbstverlag

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

Deck, R. (2003). Institut für Sozialmedizin, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (12), 36-37

Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) (1998). Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär. 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg-Verlag

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Empfehlungen der DRV Bund zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. www.deutscherentenversicherung-bund.de → Angebote für spezielle Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Konzepte und Systemfragen → Konzepte → Nachsorge [13.06.2008]

Deutsche Rentenversicherung Bund (2008). www.driv.de → Statistik → Statistikbroschüren der Deutschen Rentenversicherung → Jahresbericht 2007 → Schlüsselzahlen und Trends → Leistungen zur Teilhabe 2007, S. 80 [30.08.2008]

Deutsche Rentenversicherung Unterfranken (Diskussion, s. 2) Statistik muskuloskeletaler Erkrankungen ...

Deutscher Behindertensportverband (2008). Definition Reha-Sport. www.dbs-npc.de → Rehasport → Grundlagen [23.03.2008]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2008). ICD-10-GM 2008. www.dimidi.de → Quicklinks → ICD-10-GM 2008 online [30.04.2008]

Egelkraut, W. (2003). Zu wenig Nachsorge in der Rehabilitation. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (12), 36-37

Egelkraut, W. (2004). Nachsorge in der Rehabilitation – „Begriffe und sozialrechtliche Aspekte“ in Rehabilitation und Nachsorge - Bedarf und Umsetzung. Jacobs-Verlag: Lage, S. 29-31

Exner, H. & Renner, D. (1998). Medizinische Biometrie. 10. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag

Fröhlich, W. (1997). Wörterbuch Psychologie. 21. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

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

Grosch, E. (2004). Nachsorgebedarf aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers, Rehabilitation und Nachsorge - Bedarf und Umsetzung, Lage: Jacobs-Verlag

Herold, G. (Hrsg.) (2004). Innere Medizin. Eine Vorlesungsorientierte Darstellung. Köln: Eigenverlag

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: Hausdruckerei der 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

Köpke, K.-H. (2007). Unverzichtbar und unterschätzt – Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation – Rehaleistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung verstärkt auf Nachhaltigkeit ausrichten. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (11-12), 792-800

Korsukéwitz, Ch. & Rehfeld, U. (2007). Aktueller Stand und Perspektive der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung aktuell (11), 379-385

Leitl, R. (1998). Der Preis der Gesundheit - wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte, Perspektiven zur Gesundheitspolitik, Über die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (2008). www.mdk.de → Lexikon → Heilmittel/Hilfsmittel/Rehabilitation [30.04.2008]

Niedersächsischer Turnerbund (2008). Sport in der Nachsorge – eine Übersicht. www.ntb-infoline.de → Sportarten und Zielgruppen → Gesundheitssport → Informationen → Rehabilitationssport

Pschyrembel (1998). Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter

Raetzell, H.-E (2004). Nachsorge in der Rehabilitation, Einführung in das Thema in Rehabilitation und Nachsorge, Bedarf und Umsetzung. Deck, R., Glaser-Möller, N. & Mittag, O. (Hrsg.). Lage: Jakobs-Verlag, S.13-14

Rose, S., Irlé, H. & Korsukéwitz, Ch. (2002). Orthopädische Rehabilitation der BfA – Stand und Perspektiven. DAng Vers (11), 4 ff

Sozialgesetzbuch (2008). www.sozialgesetzbuch.de → Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen → § 44 [27.07.2008]

Sozialgesetzbuch (2008). www.sozialgesetzbuch.de → Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung → § 15 [27.07.2008]

Trojan, Alf (Hrsg.) (1986). Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen; Frankfurt/Main. Selbstverlag

VDR (Hrsg.) (1992). Bericht der Reha-Kommission. Frankfurt/Main: Selbstverlag

VDR (Hrsg.) (2000). Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart: Selbstverlag

Schmidt, A. (1987). Deutsche Rentenversicherung. Heft 8-9. Frankfurt/Main, (S. 562)

Statistisches Bundesamt Deutschland (2008). www.destatis.de → Weitere Themen → Bildung, Forschung, Kultur → Bildungsstand [24.04.2008]

Wosnitza, M. & Jäger, R.S. (Hrsg.) (2000). Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie? Forschung, Statistik & Methoden, (Band 1). 3. Auflage. Landau: Verlag Empirische Pädagogik

Zietlow, R. (1989). Konzeptionelle Überlegungen für eine Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehammaßnahmen. Deutsche Rentenversicherung (8-9), 582-593

Zietlow, R. (1991). Perspektiven nachgehender (Nachsorge) und ambulanter Rehabilitation. BV Orthopädie (6), 270-278

Erfassung

von Nachsorgeempfehlungen in der medizinischen Rehabilitation

A) Patientendaten

Name des Rehabilitanden: _____ Geschlecht: w m

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

CODE:

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ privat
_____ mobil
_____ geschäftlich

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dieser Erfassungsbogen A) zum Verbleib in der Deutschen Rentenversicherung vorgesehen!

Codierung: Jeweils erster Buchstabe von Vor- und Nachname plus Geburtsdatum beginnend mit dem Tag, dann Monat und Geburtsjahr plus 1 für weiblich bzw. 2 für männlichen Untersuchungsteilnehmer

z.B. Manfred Mustermann, geboren am 31.12.1955

→ CODE: MM311219552

B) Erfassung von Allgemeindaten und Nachsorgeempfehlungen

CODE: _____

Datum der
Rehabilitation: stationär von _____ bis _____ (_____ Wo insges.)

ambulant von _____ bis _____ (_____ Wo insges.)

Zeitraum seit der Rehaentlassung: ca. _____ Monate

Reha-Klinik: _____

Entlassungsform: 1= regulär, 2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung, 3= vorzeitig mit ärztl.
Einverständnis, 4= vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, 5= disziplinarisch
6= verlegt, 7= Wechsel zu ambulanter, teil-/stationärer Reha, 8= gestorben

Arbeitsfähigkeit: 0= Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben, 1=arbeitsfähig,
2= arbeitsunfähig, 5= Hausfrau/-mann, 9= Beurteilung nicht erforderlich (Altersrent-
ner, Angehöriger)

Arbeitsunfähigkeitszeiten (innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme):

0= keine, 1= bis 3 Monate, 2= 3 bis unter 6 Mo, 3= 6 und mehr Mo, 9= nicht erwerbstätig

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit _____

Erstdiagnose: _____

_____ ICD-10: _____

Weitere Diagnosen (+ICD-10): _____

1. Angaben zu empfohlenen Maßnahmen der Nachsorge im standardisierten Teil des ärztlichen Entlassungsberichtes

Maßnahme:		Notiz:
Diagnoseklärung		
Stationäre Behandlung		
Operation		
Psychotherapie		
Rehabilitationssport		
Funktionstraining		
Selbsthilfegruppe		
Ambulante Reha, Sucht		
Vorstellung Suchtberatung		
Spezielle Nachsorge		
Stufenweise Wiedereingliederung		
Berufsfördernde Leistungen prüfen		
Gewichtsreduktion		
Alkoholkarenz		
Nikotinkarenz		
Heil- und Hilfsmittel		
Sonstige Anregung		

2. Angaben zu eventuellen zusätzlich empfohlenen Maßnahmen der Nachsorge **im nicht-standardisierten Teil** des ärztlichen Entlassungsberichtes

Maßnahme:		Notiz:
Diagnoseklärung		
Stationäre Behandlung		
Operation		
Psychotherapie		
Rehabilitationssport		
Funktionstraining		
Selbsthilfegruppe		
Ambulante Reha, Sucht		
Vorstellung Suchtberatung		
Spezielle Nachsorge		
Stufenweise Wiedereingliederung		
Berufsfördernde Leistungen prüfen		
Gewichtsreduktion		
Alkoholkarenz		
Nikotinkarenz		
Heil- und Hilfsmittel		
Sonstige Anregung		

Leitfaden zum Telefoninterview

1. Information zur Studie an den Probanden

„Frau X / Herr X,

Vor ca. 3 Monaten haben Sie Ihre stationäre medizinische Rehabilitation beendet.

Die Deutsche Rentenversicherung Unterfranken hofft, dass die Reha für Sie erfolgreich verlaufen ist und dort vorgeschlagene Maßnahmen in der Folgezeit verwirklicht wurden.

Im Rahmen eines Projektes, in welchem die Deutsche Rentenversicherung Unterfranken mit dem Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg kooperiert, soll deshalb untersucht werden, wie die in der Reha vorgeschlagenen Nachsorgemaßnahmen insgesamt umgesetzt werden.

Der Schwerpunkt ist, herauszufinden, welche positiven und negativen Faktoren Sie beeinflussen, im Alltag das in der Reha erworbene Wissen und angeeignete Fertigkeiten umzusetzen, oder eben warum dies nicht geschieht.

Durch Ihre individuellen Angaben können Sie einen großen Beitrag dazu leisten, Defizite in der Betreuung nach der Reha aufzudecken. Auch ist es hilfreich, wenn Sie persönliche Gründe der Schwierigkeiten in den Umsetzungen von empfohlenen Rehamaßnahmen nennen.

Gestützt ist dieses Interview auf Ihren von einem Rehaarzt verfassten Entlassungsbrief, in dem seine Empfehlungen für verschiedene Arten Ihrer persönlichen Nachsorge nach der Reha vermerkt sind. Ein Exemplar befindet sich in der Deutsche Rentenversicherung Unterfranken, von wo aus ich Sie gerade kontaktiere.“

2. Aufklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme und absolute anonymisierte Handhabung der Daten:

„Im Folgenden möchte ich Ihnen also einige Fragen stellen.

Sie können natürlich die Teilnahme an dieser Befragung verweigern. Daraus entsteht Ihnen keinerlei Nachteil.

Wenn Sie netterweise teilnehmen, sollten Sie wissen, dass ihre Angaben und persönlichen Daten streng vertraulich und selbstverständlich absolut anonym gehandhabt werden.

Diese Befragung soll keine Kontrolle darstellen. Vielmehr werden die Daten ganz neutral verwertet, um später darauf basierend eventuell Verbesserungsmaßnahmen in der Reha-Nachsorge aufzubauen zu können.

Wünschenswert wäre daher auch, dass Sie ausschließlich ehrliche Antworten geben und Sie brauchen sich nicht verpflichtet zu fühlen, etwas zu beschönigen.“

3. Einverständniserklärung zum telefonischen Interview:

„Sind Sie nun damit einverstanden, dass Sie telefonisch im Rahmen dieser Studie über eine Dauer von ca. zehn Minuten befragt werden?“

Diagnoseklärung

1.1. Hat Sie Ihr betreuender Arzt in der Reha über die Wichtigkeit einer diagnostischen Abklärung Ihrer Erkrankung bzw. die Diagnostik bei V.a. eine andere Erkrankung, die im Anschluss an die Reha erfolgen soll, aufgeklärt?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

1.2. Ist/sind bei Ihnen direkt im Anschluss an die Reha (die vom Arzt im Entlassungsbericht empfohlene(n)) diagnostische(n) Untersuchung/-en erfolgt?

JA

1.2.1. Wie lange in etwa nach der Reha erfolgt? 1-2 Wo 3-4 Wo >1 Mo

1.2.2. Welche? 1 ärztliches Untersuchungsgespräch und körperl. Untersuchung

2 Laborkontrolle

3 Röntgenuntersuchung/ CT / MRT

4 Szintigraphie

5 Andere: _____

1.2.3. Bei wem? Beim Hausarzt nach Überweisung zum Spezialisten/Facharzt

1.2.4. Von wem ging die Initiative zu dieser/diesen Untersuchung/-en aus?

- vom Hausarzt Von Ihnen selbst Sonstige: _____

NOCH NICHT, JEDOCH GEPLANT:

1.2.5. Wann? _____ Wo? _____

NEIN

1.2.6. Grund: 1 Keine Empfehlung und Überweisung durch den Hausarzt

2 Zwar Überweisung erhalten, bisher jedoch versäumt

aus mangelnder Zeit

aus Angst vor dem Ergebnis

aus Unlust an weiteren Untersuchungen

3 Weitere Diagnostik selbst von Vornherein verweigert

4 anderer Grund:

Nämlich: _____

Stationäre Behandlung

2.1. Können Sie sich daran erinnern, dass Ihr betreuender Arzt in der Reha Sie im Entlassungsgespräch über seine Empfehlung zu einer weiteren stationären Behandlung im Anschluss an die Reha informierte?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

2.2. Sind sie nach Ihrer Reha zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus/klinische Einrichtung überwiesen worden?

JA

- 2.2.1. Überweisung durch die Reha-Klinik direkt nach dem Aufenthalt
 den Hausarzt/betreuenden Arzt einige Tage/
Wochen nach der Reha
 Sonstiges: _____

2.2.2. Wie lange war der stationäre Aufenthalt ca.? 1 Woche 2-3 Wochen
 4 Wochen >4 Wochen

2.2.3. Weshalb wurden Sie in eine Akutklinik überwiesen?

2.2.4. Besteht ein direkter Zusammenhang mit primären Rehadiagnose?

- Ja Nein Weiß nicht

2.2.5. Als wie sinnvoll erachten Sie selbst die erfolgte stationäre Behandlung?

Sehr sinnvoll 1 2 3 4 5 6 sinnlos

2.2.6. Um wieviel Prozent hat sich Ihr subjektives gesundheitliches Befinden durch diesen stationären Aufenthalt in einer Klinik nach der Reha verbessert (+) oder etwa verschlimmert (-)?

-100% 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 +100%

2.2.7. Hätte die stationäre Behandlung Ihrer Meinung nach ambulant erfolgen können?

- Ja Nein Vielleicht Kann ich nicht beurteilen

NOCH NICHT, JEDOCH GEPLANT:

2.2.8. Wann? _____ Wo? _____

NEIN

- 2.2.9. Grund: Keine Empfehlung und Überweisung durch Hausarzt
 Stationäre Behandlung selbst von verweigert
 anderer Grund: _____

OPERATION

3.1. Können Sie sich noch daran erinnern, dass Sie Ihr betreuender Arzt in der Reha über die Dringlichkeit einer anschließenden Operation aufgeklärt hat?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

3.2. In Ihrem Entlassungsbrief der Reha-Klinik wurde als empfehlenswert dokumentiert, im Anschluss an die Reha eine Operation durchzuführen. Ist diese erfolgt?

JA

3.2.1. Wissen Sie, welche OP durchgeführt wurde?

- Ja, nämlich: _____
 Nein

3.2.2. In welchem zeitlichen Abstand zur Rehaentlassung ist diese OP erfolgt?

Nach _____ Wochen später: _____

3.2.3. Steht diese OP in direktem Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung der primären Rehadignose?

- Ja Nein Weiß nicht

3.2.4. Als wie sinnvoll erachten Sie selbst die erfolgte OP?

Sehr sinnvoll 1 2 3 4 5 6 sinnlos

3.2.5. Um wieviel Prozent hat sich Ihr subjektives gesundheitliches Befinden durch diese OP nach der Reha gebessert (+) oder etwa verschlimmert (-)?

-100% 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 +100%

NOCH NICHT, JEDOCH GEPLANT:

3.2.6 Wann? _____ Wo? _____

NEIN

3.2.7. Grund: Die OP war nach Abklärung seitens der Ärzte nicht nötig

Die OP wurde auf ärztlichen Rat verschoben

Die OP habe ich selbst verweigert,

weil ich die Sinnhaftigkeit der OP bezweifle

aus Angst vor dem operativen Eingriff

aus anderem Grund:

Psychotherapie

4.1. Hat Ihnen Ihr Arzt im Entlassungsgespräch der vergangenen Reha zu einer Psychotherapie im Besonderen geraten?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

4.2. Hatten Sie in Ihrer vergangenen Reha psychologische Betreuung?

- Ja Nein

4.3. Hat Ihnen Ihr betreuender Psychologe in einem Gespräch in der vergangenen Reha zu dem Beginn einer Psychotherapie geraten?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

4.4. Befinden Sie sich aktuell in einer Psychotherapie (PT)?

- JA** 4.4.1. Welche Art von PT: Tiefenpsychologie/Psychoanalyse
 Verhaltenstherapie
 Gesprächstherapie
 Andere PT: _____
 Einzeltherapie oder Gruppentherapie

4.4.2. Als wie sinnvoll beurteilen Sie Ihre aktuelle PT in Ihrer Situation
Sehr sinnvoll 1 2 3 4 5 6 sinnlos

4.4.3. Befanden Sie sich bereits vor der letzten Rehabilitation in Psychotherapie?

- Ja, seit mehreren Monaten/Jahren
 Ja, seit kurz vor Beginn der letzten Rehabilitation
 Nein

NOCH NICHT, JEDOCH GEPLANT: Ich beginne in Kürze eine PT

- 4.4.4. Modus: Psychoanalyse/Tiefenpsychologie
 Verhaltenstherapie
 Andere PT: _____
 Einzeltherapie oder Gruppentherapie

NEIN

4.4.5. Warum? Ich bin nicht überzeugt, dass mir eine Psychotherapie weiter hilft

Ich befürchte eine Abstempelung als „verrückt“ zu gelten

Keine Zeit für eine Psychotherapie

Entfernung zum nächsten Therapeuten ist zu weit

Mein Hausarzt hat mir keine Empfehlung ausgesprochen

Anderer Grund: _____

Rehabilitationssport

5.1. Hat Ihnen Ihr Reha-Arzt geraten, nach der Reha an einer rehabilitativen Sportgruppe teilzunehmen bzw. weiter Sport zu treiben?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

5.2. Nehmen Sie seitdem an einem (rehabilitativen) Sport teil?

JA

5.2.1. Seit wann ? 1-4 Wochen 5-8 Wochen 9-12 Wochen
 3-6 Monate 7-9 Monate 9-12 Monate
 > 1 Jahr Schon bereits vor der Reha

5.2.2. Von welchem Anbieter nehmen Sie Ihren rehabilitativen Sport wahr, und wo? Physiotherapie _____

Sportangebot d. Krankenkasse _____

Sportangebot der VHS _____

Eigenes Sportprogramm _____

Andere: _____

5.2.3. Welche Sportart(en) praktizieren Sie in diesen Angeboten?

Rückenschule

Haltungs- und Wirbelsäulengymnastik

Spez. Gymnastik: _____

Tai Qi/ Qi Gong/ Yoga oder ähnliche fernöstliche Bewegungstherapie

Schwimmen

Fahrradergometer

Training im Fitnessstudio mit spez. Programm in Reha erlernt

vom. Physiotherapeut

von Fitnesstrainer

selbstentworfenes Konzept

Andere: _____

5.2.4. Wie wurden Sie zu dem Rehasport vermittelt bzw. aufmerksam gemacht?

durch die Rehaklinik

durch Mitpatienten/-rehabilitanden

durch die Krankenkasse

durch Familie/ Freundeskreis

durch den Hausarzt

andere: _____

5.2.5. Wie häufig pro Woche trainieren Sie Ihren Rehasport?

Täglich

5-6x

3-4x

1-2x

<1x pro Woche

5.2.6. Würden Sie gerne häufiger trainieren?

Ja

Nein

weiß nicht

5.2.7. Beurteilen Sie bitte wie sich der regelmäßig betriebene Sport auf Sie auswirkt:

Verbesserung von	Bewertung
Schmerzen	<input type="checkbox"/> Viel besser (2) <input type="checkbox"/> besser (1) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (0) <input type="checkbox"/> schlechter (-1)
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Viel besser (2) <input type="checkbox"/> besser (1) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (0) <input type="checkbox"/> schlechter (-1)
körperlichen Ausdauer	<input type="checkbox"/> Viel besser (2) <input type="checkbox"/> besser (1) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (0) <input type="checkbox"/> schlechter (-1)
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> Viel besser (2) <input type="checkbox"/> besser (1) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (0) <input type="checkbox"/> schlechter (-1)
Lebensqualität	<input type="checkbox"/> Viel besser (2) <input type="checkbox"/> besser (1) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (0) <input type="checkbox"/> schlechter (-1)

5.2.8. Was hält Sie davon ab, mehr und regelmäßiger einer sportlichen Aktivität nachzugehen? Grund:

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine Sport zu treiben | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Ort d. sportl. Betät. | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

NOCH NICHT, ist jedoch geplant

5.2.9. Ab wann, was und wo: _____

NEIN, ist auch nicht geplant.

5.2.10. Grund:

- | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine Sport zu treiben | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Ort der sportl. Betät. | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

□ Funktionstraining

6.1. Hat Ihnen Ihr Reha-Arzt geraten, nach der Reha an einem Funktionstraining teilzunehmen?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

6.2. Nehmen Sie seit der Zeit nach der Reha an einem Funktionstraining teil?

JA

6.2.1. Seit wann ? 1-4 Wochen 5-8 Wochen 9-12 Wochen
 3-6 Monate Schon vor der Reha

6.2.2. Wie oft nehmen Sie am Funktionstraining teil bzw. führen es zuhause durch?

- Täglich 5-6x 3-4x 1-2x <1x pro Woche

6.2.3. Von welchem Anbieter nehmen Sie Ihr Funktionstraining wahr und wo?

6.2.4. Welche Art von Funktionstraining praktizieren Sie regelmäßig?

- Ergotherapie Rückenschulprogramm
 Gangschulung Rheumafunktionstraining/Gelenkschutz
 Sprachtraining Feinmotoriktraining
 Anderes: _____

6.2.5. Was hält Sie davon ab, häufiger und regelmäßiger an einem Funktionstraining teilzunehmen?

- | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine Sport zu treiben | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Ort der sportl. Betät. | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

NOCH NICHT, ist jedoch geplant

6.2.6. Ab wann, was u. wo? _____

NEIN, ist auch nicht geplant.

6.2.7. Grund:

- | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine Sport zu treiben | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Ort der sportl. Betät. | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

Selbsthilfegruppe

7.1. Wurden Sie im Entlassungsgespräch Ihrer Reha explizit von Ihrem dortigen Arzt darauf aufmerksam gemacht, dass für Sie der Besuch einer Selbsthilfegruppe von Vorteil wäre?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

7.2. Wurde Ihnen seitens der Rehaklinik ausreichend Information über Selbsthilfegruppen gegeben?

- Ja, in Form eines mündlichen Informationsgespräches
 Ja, in Form einer Informationsbroschüre
 Ja, durch einen speziellen Sachbearbeiter in der Reha-Klinik
 Ja, durch Hinweis auf Internet oder andere Informationsquellen
 Nur mangelhaft und wenig Information
 Nein, überhaupt nicht

7.3. Besuchen Sie derzeit eine Selbsthilfegruppe oder hatten Sie eine besucht?

JA

7.3.1. Welche Selbsthilfegruppe besuch(t)en Sie (Name und Ort)?

7.3.2. Seit wann besuchen Sie diese Selbsthilfegruppe?

- 1-4 Wo 1-3 Mo 3-6 Mo 6-9 Mo 9-12 Mo >1 Jahr
 Schon bereits vor meiner letzten Reha bis heute

7.3.3. Besuch(t)en Sie die Veranstaltung regelmäßig?

- Ja Nein

7.3.4. Wie häufig nehmen bzw. nahmen Sie an der Veranstaltung im Monat teil?

- 1-2x/Wo alle 2 Wo ca. 2x im Monat ca. 1x/Monat Seltener

7.3.5. Wer hat Ihnen die Teilnahme an dieser Selbsthilfegruppe vermittelt?

- Hausarzt Familie/Freunde Bekannte/Freunde Selbst

7.3.6. Wie weit ist der Treffpunkt Ihrer Selbsthilfegruppe von Ihrem Wohnort entfernt?

- 0-5 km 6-10 km 11-20 km 20-40 km >40 km

7.3.7. Sind Sie der Meinung, dass Ihnen das Treffen in der Selbsthilfegruppe hilfreich bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung ist/war?

- Ja Nein Weiß nicht

NOCH NICHT, jedoch **GEPLANT**:

7.3.8. Ab wann, welche Gruppe und wo?

NEIN

7.3.9. **NICHT MEHR**

Wenn Sie sich entschieden haben, nicht mehr an den Treffen der Selbsthilfegruppe teilzunehmen, was ist der Grund dafür?

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine teilzunehmen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Veranstaltungsort | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

7.3.10. Wenn Sie überhaupt **NOCH NIE** an einer Sitzung der empfohlenen Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, was hat Sie davon abgehalten?

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Zeitmangel wegen des Berufes | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Zeitmangel wegen der Familie | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Bequemlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine Lust, alleine teilzunehmen | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Überzeugt von Ineffektivität | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |
| Entfernung zum Veranstaltungsort | <input type="checkbox"/> Sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> nein |

Ambulante Reha, Sucht

8.1. Hat Ihnen Ihr Rehaarzt im Entlassungsgespräch ausdrücklich zu verstehen gegeben, dass für Sie eine ambulante Entwöhnungsbehandlung (persönliche Angabe einfügen, um welche Sucht es sich handelt) von großer Wichtigkeit wäre?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

8.2. Befinden Sie sich aktuell in einer ambulanten Entwöhnungstherapie?

JA

8.2.1. Was ist der Grund, warum Sie an einer ambulanten Suchttherapie teilnehmen?

- Hoher Leidensdruck wegen der Sucht
- Wegen der Familie
- Aus Angst, den Beruf zu wegen Beeinträchtigung zu verlieren
- Weil der Hausarzt sehr dazu rät und sich engagiert dafür einsetzt
- Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung
- Anderer Grund: _____

8.2.2. Wer unterstützt Sie in dieser Therapie?

- Ehe-/Lebenspartner Kinder andere Verwandte Freunde
 Mitpatienten Hausarzt Andere: _____

NOCH NICHT, jedoch **GEPLANT**:

8.2.3. Ab wann, was u. wo? _____

NEIN

8.2.4. Welche Gründe halten sie von einer ambulanten Suchtrehabilitation ab?

- Überzeugt, dass diese ineffektiv ist
- Aus Angst zu scheitern
- Hemmungen diese durchzuführen, da sonst das persönliche Umfeld von der geheimgehaltenen Sucht erfahren könnte
- Die Entfernung zu einer Institution, die eine ambulante Entwöhnungstherapie durchführt, ist zu weit entfernt
- Bereits Erfahrung mit einer ambulanten Sucht-Reha vor der letzten orthopädischen Reha gemacht, die nicht zum gewünschten Effekt geführt hat
- Keine Einsicht in einen Handlungsbedarf, da keinerlei Sucht besteht
- Anderer Grund: _____

Vorstellung Suchtberatung

9.1. Wurde Ihnen im Entlassgespräch zu Abschluss Ihrer Reha geraten, sich in einer Suchtberatung vorzustellen?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

9.2. Haben Sie sich bereits einer Suchtberatung vorgestellt?

JA

9.2.1. Wer unterstützt/unterstützte sie darin, sich um ein Gespräch in einer Suchtberatung zu kümmern?

- Familie Freunde betroffene Mitpatienten in der damaligen Reha
 Hausarzt Psychologe/Psychotherapeut Andere: _____
 Selbst

9.2.2. Informationsmaterial zur Suchtberatung:

9.2.2.1. Von wem haben Sie Informationsmaterial zu Möglichkeiten und Adressen von Suchtberatungsstellen erhalten?

- Rehabilitationsarzt Psychologe/Psychotherapeut in der Reha
 Pflegepersonal der Rehaklinik Sozialarbeiter der Reha
 Hausarzt/betreuender Arzt Familie
 Freunde Mitpatienten
 Selbstrecherche Andere(s): _____

9.2.2.2. Bei Selbstrecherche: Wie kamen Sie an das Informationsmaterial?

- Anfrage bei der Krankenkasse
 Über Telefonbuch bestimmte Beratungsstellen erfragt
 Internet
 Fachliteratur
 Anderes: _____

NOCH NICHT, jedoch GEPLANT:

9.2.3. Ab wann u. wo? _____

9.2.4. Sind Sie überzeugt, dass Ihnen eine Suchtberatung weiterhelfen kann/könnte:

- Ja, sicher Eher ja Vielleicht Eher nein Nein, sicher nicht

NEIN

9.6. Falls Sie noch nicht bei einer Suchtberatung waren, was hat Sie davon abgehalten?

- Unkenntnis, wo sich die nächste Beratungsstelle befindet
 Die zu weite Wegstrecke zur nächsten Beratungsstelle
 Angst, sich zu der Suchterkrankung zu bekennen
 Aus Mangel an Zeit durch Beruf / familiäre Verpflichtungen, etc.
 Mit den Arbeitszeiten unvereinbaren Öffnungszeiten der Beratungsstellen
 Keine Einsicht in die Suchterkrankung
 Überzeugt von der Ineffektivität eines Beratungsgesprächs
 Anderer Grund: _____

Stufenweise Wiedereingliederung

11.1. Hat Ihr Arzt in der Rehabilitation Ihnen persönlich zu einer stufenweisen Wiedereingliederung in das gewohnte Berufsleben geraten?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

11.2. Wurde/wird diese stufenweise Wiedereingliederung auch wirklich durchgeführt?

JA

11.2.1. Befinden Sie sich aktuell in einer stufenweise Wiedereingliederung?

- Ja Nein, nicht mehr

11.2.2. über welchen Zeitraum fand/findet diese stufenweise Wiedereingliederung statt?

- 1 Monat 2 Monate Sonstiges: _____

11.2.3. Sind Sie rückblickend der Meinung, dass sich diese stufenweise Wiedereingliederung positiv auf Ihre Reintegration in das Berufsleben auswirkt bzw. ausgewirkt hat?

- Ja, sicher Eher ja Vielleicht Eher nein Nein, sicher nicht

11.2.4. Wie empfanden Sie die Reaktion des beruflichen Umfeldes (Kollegen, Vorgesetzte) auf Ihre stufenweise Wiedereingliederung?

Akzeptanz der Kollegen: sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

Akzeptanz der Vorgesetzten: sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

NOCH NICHT, jedoch **GEPLANT**:

11.2.5. Ab wann? _____

11.2.6. Über welchen Zeitraum soll diese stufenweise Wiedereingliederung stattfinden?

- 1 Monat 2 Monate Sonstiges: _____

NEIN

11.2.7. Weshalb fand keine stufenweise Wiedereingliederung statt?

- Es wurde von keiner Seite mehr angesprochen
- Der Hausarzt sah keinen Anlass und ordnete dies nicht an
- Selbst verweigert: aus Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren
 - Angst vor Mobbing durch Kollegen
 - Motivation, lieber zur Arbeit zu gehen, stand primär im Vordergrund
- andere: _____

Sonstiges _____

Berufsfördernde Leistungen

12.1. Hat sich Ihr Rehaarzt im Entlassungsgespräch mit Ihnen über berufsfördernde Maßnahmen unterhalten und diese Ihnen empfohlen?

Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

12.2. Wurden bei Ihnen nach Ihrem Rehaaufenthalt berufsfördernde Maßnahmen durchgeführt? **JA** **NOCH NICHT**, jedoch **GEPLANT** **NEIN**

12.3. Innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz

Ja Nein Geplant

12.4. Arbeitsplatzbeschaffung ggf. mit befristeten Lohnzuschuss

Ja Nein Geplant

12.5. Behindertengerechte Arbeitsplatzumrüstung

Ja Nein Geplant

12.6. Anlernmaßnahmen mit teilweiser Lohnkostenübernahme

Ja Nein Geplant

12.7. Auffrischungs- oder Weiterbildungskurs(e) bzw. –lehrgang

Ja Nein Geplant

12.8. Zuschuss zum Kauf eines Kfz bzw. dessen Umrüstung, um den Arbeitsplatz erreichen zu können, falls Sie nicht in der Lage sind, öffentl. Verkehrsmittel zu benutzen

Ja Nein Geplant

12.9. Umschulung in einem Berufsförderungswerk

Ja Nein Geplant

12.10. Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte

Ja Nein Geplant

12.11. Sonstige Maßnahmen: _____

Ja Nein Geplant

12.12. Haben Sie sich selbst im Vorfeld informiert, welche Möglichkeiten von berufsfördernden Maßnahmen es gibt:

Ja Nein

12.13 Wer half Ihnen bei der Umsetzung der berufsfördernden Maßnahmen:

Hausarzt Betriebsarzt Rentenversicherungsträger Andere

12.14. Falls noch keine Umsetzung der geplanten berufsfördernden Maßnahmen erfolgt ist, in welcher Instanz scheiterte diese Ihrer Meinung nach?

Hausarzt Betriebsarzt Betriebsrat Betrieb Selbst

Gewichtsreduktion

13.1. Wurden Sie in Ihrer Rehabilitation darauf aufmerksam gemacht, dringend langfristig Ihr Gewicht zu reduzieren?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

13.2. Gewicht bei Antritt der Rehabilitation: _____ kg BMI: _____ kg/m²
Gewicht bei Entlassung (laut E-Brief): _____ kg BMI: _____ kg/m²
Aktuelles Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Körpergröße: _____ cm

Gewichtsdifferenz	Rehabeginn zum -ende:	+ / -	kg
Gewichtsdifferenz	Rehaende zu aktuell:	+ / -	kg
Gewichtsdifferenz	Rehabeginn zu aktuell:	+ / -	kg

13.3. Bei Erfolg der Gewichtsreduktion bzw. halten des Gewichtes seit Entlassung aus der stationären Reha:

Was hat Sie darin unterstützt, Ihr Gewicht zu reduzieren?

- Die Diätberatung in der Reha durch gute Schulung in Ernährung und Sport
- Die familiäre Unterstützung
- Gemeinsame Diät mit nahestehenden Personen
- Regelmäßige(r) Sport/Bewegung
- Konsequente Ernährungsumstellung
- Fachliteratur
- Teilnahme an professionellen Seminaren zur Gewichtsreduktion:
 - Nämlich: Programme der Krankenkasse: _____
 - Beim Allgemeinmediziner
 - Weight Watchers oder ähnliche Institution
 - Kurs(e) an der VHS: _____
 - Andere: _____

13.4. Bei Gewichtszunahme seit Entlassung aus der stationären Reha:

Warum nahmen Sie Ihrer Meinung nach der Reha wieder zu?

- Rückkehr nach Reha in gewohnte Ernährungsfehler, die sich in den Alltag eingeschlichen hatten
- Ich kann mir keinesfalls vorstellen, weniger u./o. kalorienreduziert zu essen aus
- Mangelnde Motivation
- Mangelnde Unterstützung durch das Umfeld wie Familie und Freundeskreis
- Mangelnde Zeit ausreichend Sport zu treiben wegen:
 - Familie
 - Beruf
 - individueller Freizeitgestaltung
- Wegen der Umständlichkeit im häuslichen Umfeld eine individuelle Ernährungsumstellung durchzuführen
- Wegen der Umständlichkeit im Berufeleben eine Diät einzuhalten
- Die Diätschulung in der Reha wird als zu oberflächlich und ineffektiv betrachtet

□ Alkoholkarenz

14.1. In Ihrem Entlassungsbrief wurde die Empfehlung angekreuzt, dass Sie auf Alkoholkonsum verzichten sollen bzw. diesen einschränken sollen. Können Sie sich an die Anweisung durch den Rehaarzt erinnern?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

14.2. Wieviel Alkohol trinken Sie derzeit täglich/wöchentlich? _____

14.3. Sind Sie der Meinung, dass man Sie bereits während der Reha über die Folgen eines weiteren (verstärkten) Alkoholkonsums klar und deutlich aufgeklärt hat?

- Ja Nein Weiß nicht mehr

14.4. Haben Sie seit ihrer letzten Reha ihren Alkoholkonsum tatsächlich eingeschränkt?

□ JA

14.4.1. Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie Ihren Alkoholkonsum stark bis völlig einschränken gelernt haben, woran liegt dies wohl nach Ihrem Ermessen?

- Wegen der guten Betreuung in der Rehabilitation fiel es mir relativ leicht bis heute abstinent zu bleiben
 Durch eine Verhaltenstherapie/Psychotherapie
 Durch Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
 Durch den familiären Rückhalt
 Durch den Rückhalt von Freunden / Mitpatienten
 Spezielle Literatur zur Entwöhnung. Welche? _____
 Besuch spezieller Seminare. Welche? _____
 Einfach diszipliniert aufgehört ohne irgendwelche Hilfsmittel
 Andere Methode: _____

□ NOCH NICHT, jedoch GEPLANT:

14.4.2. Wie haben Sie geplant, Ihren (verstärkten) Alkoholkonsum einschränken zu wollen?

- Einfach in Zukunft weniger trinken
 Teilnahme an einer ambulanten Entwöhnungstherapie
 Stationär Aufnahme in einer Fachklinik. Wann und wo? _____
 Anderes: _____

□ NEIN

14.5.3. Wenn Sie trotz der Nachsorgeempfehlung auf Alkohol weitestgehend zu verzichten, weiterhin die gleiche Menge an Alkohol trinken wie zuvor, was ist der Grund dafür?

- Mangelnde Motivation
 Mangelnde Einsicht („Eigentlich hatte ich kein Problem mit dem Alkohol trinken“)

- Trinker im Umfeld verleiten aktiv oder passiv zum Alkoholkonsum
- Aus reiner Gewohnheit
- Zur Stressbewältigung
- Nach Reha zwar kurzzeitig aufgehört zu trinken, jedoch später wieder angefan-

gen

Wie lange war der Verzicht?

-
- Kein ausreichender Druck vom Umfeld
 - Andere Gründe:
-

□ Nikotinkarenz

15.1. Wurden Sie in der stationären Reha darauf aufmerksam gemacht, weniger zu rauchen bzw. ganz auf Nikotin zu verzichten?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

15.2. Haben Sie nach der letzten Reha ernsthaft versucht, das Rauchen aufzuhören?

- Ja, sehr Eher ja Eher nicht Nein, überhaupt nicht

15.3. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

15.4. Wie lange rauchen/rauchten Sie bereits?

- Mehrere Monate 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 Jahre

15.5. Falls Sie nicht mehr rauchen, wie haben Sie es geschafft?

- Schon bereits während des Rehaaufenthaltes
 Durch Nikotinpflaster
 Gemeinschaftliches Abgewöhnen des Nikotinkonsums mit nahestehender Person
 Spezielle Bücher zur Entwöhnung
 Besuch spezieller Seminare z.B. bei der Krankenkasse:

-
- Durch eine Verhaltenstherapie
 Durch Akupunktur/ Naturheilpraktiker
 Einfach diszipliniert aufgehört ohne irgendwelche Hilfsmittel
 Andere Methode:
-

15.6. Wenn Sie trotz der Nachsorgeempfehlung, auf Nikotin zu verzichten, weiterhin rauchen, warum?

- Mangelnde Motivation
 Raucher im Umfeld verleiten aktiv oder passiv zum Rauchen
 Aus Gewohnheit
 Aus Angst, Gewicht zuzunehmen
 Zur Stressbewältigung
 Andere Gründe:
-

- Nach Reha zwar kurzzeitig aufgehört zu rauchen, jedoch später wieder angefangen. Wie lange war der Verzicht?
-

15.7. Wie fänden Sie Kurse durch Versicherungsträger wie Krankenkasse oder Rentenversicherer, die Sie darin unterstützen würden, sich den Nikotinkonsum zu entwöhnen?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 schlecht

15.8. Würden Sie an solchen Kursen gerne teilnehmen?

Ja gerne Gerne Neutral Weniger gern Sehr ungern

15.9. Glauben Sie, diese Integration von professioneller Entwöhnung würde Ihnen helfen, mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja sicher 1 2 3 4 5 6 Sicher nicht

Heil- / Hilfsmittel

16.1. Können Sie sich erinnern, dass Ihr Rehaarzt mit Ihnen über die Notwendigkeit von Hilf- bzw. Heilmittel gesprochen hat?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

16.2. Welche Art von Hilfs-/Heilmittel wurden Ihnen empfohlen ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstöcke | <input type="checkbox"/> Stützmitter |
| <input type="checkbox"/> Pufferabsätze | <input type="checkbox"/> Orthodese |
| <input type="checkbox"/> Prothese | <input type="checkbox"/> Spezielles Schuhwerk |
| <input type="checkbox"/> Intermittierende (Geräte-)Extensoren | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Orthopädietechnische Versorgung : | |
-

Anderes: _____

16.3. Wenn diese zwar verordnet wurden, Sie diese bis jetzt jedoch noch nicht besitzen, was ist der Grund dafür?

- Diese Extraanfertigung(en) dauert/dauern länger
 Wegen hoher Zuzahlung noch nicht besorgt aufgrund der finanziellen Belastung
 Keine Hilfe von Angehörigen bei der Beschaffung dieser Mittel (bei Pflegebedürftigkeit)
 Keine Verschreibung durch den Hausarzt/betreuenden Arzt bis heute
 Andere Gründe:
-

16.4. Hatten Sie in der Reha bereits Schulungen, um den Umgang mit den verschriebenen Hilfs-/Heilmitteln zu erlernen?

- Ja Nein Kann mich nicht mehr erinnern

16.5. Wie kommen Sie mit ihrem/ihren Hilfsmittel(n) zurecht?

- Ja, sehr gut Gut Weniger gut Überhaupt nicht

16.6. Wünschten Sie sich (weitere) Schulungen zum richtigen Umgang mit diesen Hilfs-/Heilmitteln?

- Ja, wäre von Vorteil
 Nein, brauche ich nicht
 Kann mich nicht festlegen

Allgemeiner Fragenteil:

1) Wie sehr meinen Sie, hat Ihre vergangene medizinische Reha noch aktuell positiven Einfluss auf Ihren Krankheitsverlauf?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 gar nicht

2) Wünschen Sie sich insgesamt eine bessere Nachsorge nach einem Rehaaufenthalt?

Sehr 1 2 3 4 5 6 gar nicht

3) Wie beurteilen Sie ganz allgemein die Vorbereitung (Schulungen, Informationen, Übungen etc.) durch die vergangene Rehabilitation auf Ihr Leben mit Ihrer Krankheit auf die Zeit nach der Reha?

a) Im Alltag Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht
b) Im Beruf Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

4) Wüschtten Sie sich eine intensive Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die Sie in der Reha erlernt und nun im Alltag anwenden sollen, **durch Ihren Hausarzt?** z.B. durch viertel- bzw. halbjährliche Termine zur Sprechstunde/Schulungen

Sehr 1 2 3 4 5 6 gar nicht

5) Wüschtten Sie sich eine intensivere Kontrolle der Umsetzung und Durchführung von Fertigkeiten, die Sie nach der Reha erlernt und nun im Alltag anwenden sollen, **durch Ihre Versicherungsträger (Rentenversicherung)?** z.B. durch viertel- bzw. halbjährliche Termine/Schulungen

Sehr 1 2 3 4 5 6 gar nicht

6) Wie beurteilen Sie die Idee, themenbezogene Nachtreffen in der Reha-Klinik im Anschluss an eine Reha auch noch längere Zeit danach zu veranstalten, damit sich das in der Reha erlernte Wissen weiter festigt? z.B. Nachtreffen in der Rehabilitationsklinik

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

Welchen Bildungsabschluss besitzen sie?

- Keinen Schulabschluss Hauptschulabschluss mittlere Reife
 abgeschlossene Lehre Abitur
 absolviertes Hochschulstudium Promotion/Habil.

Ihre Meinung ist uns wichtig. Welche Wünsche und Anregungen haben Sie persönlich zur Umsetzung von Nachsorgemaßnahmen nach der Rehabilitation im Allgemeinen? _____

DANKSAGUNGEN

Herzlichen Dank

Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller für die freundliche Überlassung des Themas dieser Arbeit sowie für die gute Betreuung und Förderung der Promotion.

Herrn Prof. Dr. med. Arnulf Weckbach danke ich für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Dr. phil. Dipl. Psych. H. Vogel für die konstruktiven Anregungen sowie für die tatkräftige Unterstützung, aber ebenfalls für sein Verständnis in „verzweifelten“ Stunden und die hervorragende Betreuung während der Entwicklung und Ausarbeitung dieser Arbeit ein herzliches Dankeschön.

Herrn Dr. med. Holderied, leitender Arzt der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken, für die freundliche Unterstützung der Bereitstellung der Akten und den Zugang zum Archiv der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken sowie die anregenden Gespräche.

Allen Probanden, die sich die Zeit genommen haben, an der telefonischen Befragung teilzunehmen. Dank ihrer Information und Angaben war die Bearbeitung dieser Thematik erst möglich.

Meinem lieben Sohn Raphael, dem diese Promotionsarbeit in inniger Liebe gewidmet ist. Er schenkte mir die größte Motivation für diese Arbeit.

Frédéric Plich für die permanente Motivation, für den Glauben an mich, für die Geduld und Liebe.

Meinen Eltern und Geschwistern für die jeweilige persönliche Unterstützung und Motivation. Insbesondere meinem Vater und meiner Mutter herzlichen Dank für die zuverlässige und liebevolle Betreuung von Raphael während der Bearbeitung.