



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung
in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und
Schleswig-Holstein**

**Nachsorge: Wunsch und Wirklichkeit aus
dem Blickwinkel von Rehabilitanden in der
Rehabilitation muskuloskelettaler
Erkrankungen**

Jürgen Höder und Ruth Deck

Abschlußbericht

Februar 2007

Korrespondenzadresse:

Dr. Höder

Rheuma-Klinik Bad Bramstedt

Oskar-Alexander-Str. 26

24576 Bad Bramstedt

Tel.: 04192/ 90-0

Mail: hoeder@rheuma-zentrum.de

Inhalt

1.	Beschreibung des Problems	6
2.	Stand der Forschung	6
3.	Fragestellungen	9
4.	Methode	9
4.1	Fokusgruppen.....	10
4.2	Fragebogen	10
4.3	Stichprobe	10
4.3.1.	Fokusgruppen	10
4.3.2.	Fragebogenstichprobe.....	11
5.	Ergebnisse der Fokusgruppen	12
5.1	Quantitative Auswertung der Fokusgruppen.....	13
5.2	Qualitative Auswertung der Fokusgruppen.....	15
5.2.1.	Der Inhalt der Nachsorge.....	15
5.2.2.	Die Organisation der Nachsorge.....	17
5.2.3.	Organisation: Wegweiser durchs Sozialsystem.....	17
5.2.4.	Organisation: Kooperation aller Beteiligten	18
5.2.5.	Organisation: Anleitung durch Fachpersonal.....	18
5.2.6.	Organisation: Motivierung.....	20
5.2.7.	Organisation: Der Ort der Nachsorge.....	22
5.2.8.	Organisation: Die Kosten der Nachsorge	24
5.2.9.	Organisation: Zeitliche Regelungen	24
5.2.10.	Organisation: Strukturierte Nachsorgeprogramme	26
5.3	Zusammenfassung: Fokusgruppen	27
6.	Ergebnisse der Fragebögen	28
6.1	Vorsätze und ihre Verwirklichung (Item 1).....	28
6.1.1.	Antworten in verschiedenen Untergruppen	30
6.2	Umsetzungshindernisse (Item 2).....	31
6.2.1.	Antworten in verschiedenen Untergruppen	31
6.3	Hilfen bei der Umsetzung (Item 3).....	33
6.3.1.	Antworten in verschiedenen Untergruppen	33

6.4	Zeit, Geld, Wege (Items 4 bis 8).....	34
6.5	Belohnungssysteme (Item 9).....	35
6.6	Vermisste Unterstützung (Item 10).....	35
6.7	Reha-Erfolg und Gesundheitszustand (Items 12 bis 14).....	36
6.7.1.	Hilfe durch die Reha.....	36
6.7.2.	Dauer des Reha-Erfolgs.....	37
6.7.3.	Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen.....	37
6.8	Verwirklichung der Vorsätze, Reha-Erfolg und Gesundheitszustand.....	37
6.9	Zusammenfassung: Fragebogenergebnisse.....	38
7.	Diskussion der Ergebnisse.....	39
7.1	Einschränkungen dieser Studie.....	39
7.2	Schlussfolgerungen.....	41
8.	Anhang.....	44
8.1	Leitfaden für Gruppendiskussion.....	44
8.2	Patienteninformation.....	45
8.3	Fragebogen.....	46
8.4	Fragebogenstichprobe.....	50
8.5	Auswertung der Fokusgruppen.....	51
8.6	Vorsätze: Freitexte.....	51
8.7	Umsetzungshindernisse.....	52
8.7.1.	Freitexte.....	52
8.7.2.	Untergruppen.....	53
8.8	Umsetzungshilfen: Freitexte.....	53
8.9	Zeit, Geld, Wege.....	54
8.10	Belohnungssystem.....	54
8.11	Vermisste Unterstützung: Freitexte.....	55
8.12	Reha-Erfolg.....	59
8.13	Dauer des Reha-Erfolgs.....	60
8.14	Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen.....	62
9.	Literatur.....	64

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Effektivität der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen ist nach bisherigen Studien eher schwach und zeitlich begrenzt. Eine Reihe von Maßnahmen werden seit einiger Zeit diskutiert, die Abhilfe schaffen könnten, darunter eine verbesserte Organisation der so genannten Nachsorge. Bisher liegen jedoch kaum Studien dazu vor, welche Inhalte und Organisationsformen erfolgversprechend sind. Diese Untersuchung befasst sich mit der Sicht der Betroffenen: Was wünschen sich Rehabilitanden selbst in Bezug auf nachgehende Aktivitäten? Und welche Erfahrungen machen sie tatsächlich?

Methode: Diese Studie verfolgt zwei methodische Ansätze, nämlich Fokusgruppen und schriftliche Befragung. 194 Patienten mit verschiedenen Diagnosen (Gelenkersatz wegen Arthrose, rheumatoide Arthritis, Spondylarthritiden, Fibromyalgiesyndrom und Rückenschmerzen) aus drei Rehabilitationskliniken nahmen gegen Ende ihres stationären Aufenthaltes an nach einem Leitfaden strukturierten Gesprächsgruppen teil, in denen sie sich frei zu verschiedenen Fragen der Nachsorge äußerten. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgenommen und nach quantitativen und qualitativen Aspekten ausgewertet. Etwa ein Jahr später erhielten sie per Post einen Fragebogen, der ihre Nachsorgeerfahrungen thematisierte. 142 Personen lieferten auswertbare Bögen.

Ergebnisse: In den Fokusgruppen wurde klar, dass sich die Rehabilitanden, und zwar relativ unabhängig von ihrer Erkrankung, vor allem Bewegungstherapie wünschten, die sie über einen längeren Zeitraum wohnortnah, kontinuierlich und unter fachmännischer Begleitung durchführen können. Die Begleitung war ihnen wichtig zur Aufrechterhaltung der Motivation und zur Überwindung von Ängsten, etwas falsch zu machen. Es ganz allein auf sich gestellt zu schaffen, trauten sich nur die wenigsten zu. Finanzielle Zuschüsse von Versicherern waren für viele eine Voraussetzung für längerfristige Aktivitäten, die sie sich andernfalls nicht leisten könnten. – Im Fragebogen gaben achtzig Prozent an, sofort oder innerhalb des ersten Monats mit Aktivitäten begonnen zu haben. Im Durchschnitt wurden vier Aktivitäten sechs Monate oder länger in die Tat umgesetzt. Das dauerte vier Stunden pro Woche und kostete im Mittel vierzig Euro. Fördernde Faktoren waren vor allem die Erfahrungen, die sie in der stationären Rehabilitation gewonnen hatten und die erlebte Wirksamkeit ihrer Bemühungen. Hindernisse sahen sie bei eigener geringer Motivation, zu

hohen Kosten und Zeitmangel. Rehabilitanden, die ihre Aktivitäten länger durchgehalten hatten, berichteten einen etwas besseren Gesundheitszustand.

Schlussfolgerungen: Die meisten Teilnehmer der muskuloskelettalen Rehabilitation wollen vor allem das, was auch Kostenträger und Wissenschaftler fordern, nämlich regelmäßig mehr gesunde Bewegung. Sie setzen das zu einem erstaunlich großen Teil auch in die Tat um. Das gilt selbst dann noch, wenn man von ihren Berichten die Hälfte auf das Konto *soziale Erwünschtheit* oder Selbsttäuschung bucht. Allerdings fühlen sich viele allein gelassen und überfordert. Sie brauchen mehr Unterstützung durch ein geordnetes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen.

1. Beschreibung des Problems

Um die Effektivität von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit chronischen, insbesondere muskuloskelettalen Erkrankungen, steht es anscheinend nicht zum besten (Haaf, 2005). Verschiedene Studien im In- und Ausland zeigten zwar kurzfristige positive Reha-Effekte, die sich unter ökonomischen Gesichtspunkten für die Kostenträger auch durchaus lohnen können. Längerfristige Erfolge mit einer nachhaltigen und alltagsrelevanten Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Rehabilitanden ließen sich jedoch nicht nachweisen. Woran liegt das? Verschiedene Ursachen dieser insgesamt moderaten Effektivität kommen in Betracht, darunter vor der Rehabilitation verspätete oder wenig rationale Indikationsstellung, während der Reha wenig Berücksichtigung evidenzbasierter Kriterien und der Alltagswirklichkeit der Rehabilitanden bei der Zusammenstellung des Therapieplans und nach der Reha zu wenig systematische Unterstützung bei der Fortführung wichtiger Therapien oder den Bemühungen um eine gesundheitsfördernde Lebensweise. Mit diesem letzten Aspekt, der so genannten Nachsorge, beschäftigt sich unser Projekt.

Wie sollte eine Nachsorge gestaltet sein? Mit unserer Studie wollen wir die Patienten selbst zu Wort kommen lassen. Es ist ein Kennzeichen neuerer Gesundheitspolitik, die Stellung der Patienten im Behandlungsprozess zu stärken und ihre Sichtweise und Wünsche, sofern sie auf zutreffenden Informationen beruhen, mehr zu berücksichtigen. In der Rehabilitation findet dies ausdrücklich seinen Niederschlag in § 9 SGB IX. Ferner vermuten wir, dass Rehabilitanden an Nachsorgeprogrammen mit mehr Ausdauer und Erfolg teilnehmen, wenn sie ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltet sind. Es ist aber bisher ist wenig darüber bekannt, welche Informationen, Bewertungen und Wünsche bei den Adressaten der Nachsorgebemühungen vorliegen. Eine Durchsicht der aktuellen Literatur ergab, dass dieser Themenbereich noch nicht systematisch untersucht wird.

2. Stand der Forschung

Obwohl Rehabilitationssport und Funktionstraining, die beiden gesetzlich verankerten Urahen der Nachsorgeprogramme, schon seit vielen Jahren bestehen, wissen wir zurzeit noch recht wenig über wichtige Aspekte der Nachsorge. Erste Daten liegen vor für folgenden Fragen: Welche Nachsorgeempfehlungen und -angebote gibt es?

Wie werden sie von den Rehabilitanden genutzt und bewertet? Welchen Erfolg haben sie?

Eine grundlegende Bestandsaufnahme verdanken wir Karl-Heinz Köpke (2005). Er fand ein buntes Panorama von etwa 200 Initiativen und Ansätzen vor, teilweise innovativ und wissenschaftlich begleitet, teilweise unverbunden und unsystematisch. Neben weithin bekannten Programmen wie IRENA, Curriculum Hannover oder begleitender ambulanter Reha bei stufenweiser Wiedereingliederung gibt es zahlreiche Einzelinitiativen, oft an einzelne Leistungserbringer geknüpft, die Krankengymnastik, Trainingstherapien, Gesprächsgruppen und anderes mehr in unterschiedlichen Formen, teilweise computergestützt, postalisch („Brief an sich selbst“) oder telefonisch begleitet, und in unterschiedlicher zeitlicher Verteilung (Auffrischungswoche, wöchentliche Termine usw.) anbieten.

Die Vorschläge der Ärzte für nachfolgende Maßnahmen sind in Tabelle 1 wiedergegeben (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004a; entnommen aus Köpke, 2005).

Tab. 1 Ärztliche Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen im Jahr 2003 (nach Köpke, 2005)

Gewichtsreduktion	151625	20,2%
spezielle Nachsorge	110785	14,7%
Psychotherapie	96791	12,9%
Funktionstraining	74971	9,9%
diagnostische Klärung	67733	9,0%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	67539	8,9%
Nikotinkarenz	60218	8,0%
Heil- und Hilfsmittel	49728	6,6%
Alkoholkarenz	48580	6,5%
Selbsthilfegruppe	44586	5,9%
Rehabilitationssport stufenweise	43259	5,8%
Wiedereingliederung	40968	5,4%
Vorstellung Suchtberatung	18793	2,5%
Operation	10162	1,4%
stationäre Behandlung	10055	1,3%
ambulante Reha Sucht	9875	1,3%
sonstige Anregungen	403451	53,6%
keine Vorschläge	78504	10,4%
keine Aussage möglich	16588	2,2%

Ähnliche Daten berichtet Gerdes (2004) für Teilnehmer aus der muskuloskelettalen Rehabilitation. Wenn man mit Köpke Nachsorge definiert als

... 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)

muten einige der im Entlassungsbericht vorgegebenen Kategorien fehl am Platze an, etwa *Operation* oder *diagnostische Klärung*, und manche naheliegenden, wie etwa *Heimtraining*, fehlen überraschenderweise. Vielleicht auch deshalb wurden mehr als die Hälfte aller Anregungen im Freitext gegeben (in der Tabelle als „sonstige Anregungen“ verzeichnet). Fast neunzig Prozent der Rehabilitanden haben demnach nach Auskunft ihrer Ärzte Vorschläge erhalten. Allerdings berichteten weniger als zwanzig Prozent der Patienten, dass sie tatsächlich mindestens einmal pro Woche an Nachsorgeaktivitäten teilnehmen, über siebzig Prozent erklärten, gar nichts zu tun (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2004b).

Das mag u.a. daran liegen, dass ein größerer Teil der Rehabilitanden, jedenfalls der schleswig-holsteinischen, sich offensichtlich nicht an solche Anregungen erinnern kann oder sie als wenig nützlich beurteilt. Nach Erhebungen im Rahmen der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (Deck und Raspe, 2004) bejahen weniger als vierzig Prozent, sie seien „sehr gut auf die Zeit nach der Reha vorbereitet“ worden. Weniger als die Hälfte gab an, „sehr nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten“ zu haben. Die meisten Patienten erinnerten sich weder an Informationen über hilfreiche Adressen, Kontakte oder spezielle Nachsorgeprogramme wie IRENA, noch erhielten sie schriftliche Informationen für die weitere Behandlung.

Zu positiveren Ergebnissen kommt Gerdes (2004). Aufgrund von *peer reviews* und Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung stellt er fest:

Die Nachsorgeempfehlungen in den Entlassungsberichten wurden von den Peers in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle als adäquat und vollständig angesehen, ...

... hatten die Patienten ihre Entlassungsberichte gelesen und waren anscheinend über ihre individuellen Nachsorgeempfehlungen gut informiert. Bei den häufigsten Nachsorgeempfehlungen (...) gaben ca. 90 % an, sie hätten diese Empfehlungen zumindest teilweise umgesetzt. (S. 53)

Dagegen besteht mehr Einigkeit in Fragen der Akzeptanz und Wirksamkeit von Nachsorgeangeboten. Verschiedenste Formen (berufsbegleitende tageweise Reha,

Auffrischungstage und -woche, telefonische Begleitung u.a.m.) ergaben, sofern sie untersucht wurden, Hinweise auf Akzeptanz und Effektivität (Deck et al. 2004).

Als Fazit aus vorliegenden Daten halten wir fest: Wir wissen noch recht wenig über die verschiedenen Aspekte der Nachsorge. Sie erfolgt möglicherweise nur punktuell, wird von den Patienten nicht regelhaft wahrgenommen und lässt eine systematische Struktur vermissen.

3. Fragestellungen

Wir untersuchten im wesentlichen drei Fragen:

1. Welche Nachsorgeprogramme kennen die Patienten und wie bewerten sie diese Programme?
2. Wie müssten aus der Sicht der Patienten Nachsorgeprogramme gestaltet sein, damit eine kontinuierliche Teilnahme erreicht wird? Welche Zeitdauer und -verteilung wird gewünscht, welche räumliche Entfernung zum Behandlungsort toleriert, welche Bereitschaft zur finanziellen Eigenbeteiligung besteht, wie werden postalische oder telefonische Angebote eingeschätzt, welche Behandlungs- und Beratungsinhalte sind erforderlich, welche Hilfen im Umgang mit Hausärzten, Arbeitgebern, Behörden und Kostenträgern werden benötigt, sollen Familienangehörige beteiligt werden?
3. Wie stellt sich die Nachsorgesituation zwölf Monate nach der Rehabilitation dar? Was haben die Patienten tatsächlich an Nachsorgemaßnahmen durchgeführt? Was wurde vor Ort angeboten? Hat dies den Wünschen und Präferenzen der Patienten entsprochen?

Wegen des explorativen Charakters der Studie lassen sich keine Hypothesen formulieren. Wir erwarteten wichtige Informationen und Anregungen von den Patienten, welche und wie Nachsorgeangebote vorgehalten werden sollten, damit diese von den Patienten in Anspruch genommen werden und damit zur längerfristigen Sicherung der Reha-Erfolge beitragen.

4. Methode

Für die Bearbeitung der Fragen 1 und 2 führten wir eine Befragung von Reha-Patienten durch, die sich wegen verschiedener chronischer muskuloskelettaler Erkrankungen (mit über 40 % die größte Indikation für Reha-Maßnahmen in der statio-

nären somatischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2006) in drei norddeutschen Reha-Kliniken in stationärer Rehabilitation befanden. Die Befragung erfolgte in Form von Fokusgruppen. Für Fragestellung 3 entwickelten wir einen Fragebogen, den wir den Teilnehmern der Fokusgruppen etwa ein Jahr nach Ende der Rehabilitation zusandten.

4.1 Fokusgruppen

Für die Durchführung der Gruppendiskussionen erstellten wir einen Leitfaden, anhand dessen die Diskussion mit den Patienten geführt wurde (s. Seite 44) sowie schriftliches Informationsmaterial zur Erläuterung der Studie (s. Seite 45). Der in der Literatur vorgeschlagene vollständig „freie Lauf“ der Gruppendiskussion ist aufgrund einschlägiger Erfahrungen (RD) nicht vorgesehen. Vielmehr wird auf einen gleichgewichtigen Diskussionsbeitrag eines jeden Teilnehmers geachtet. Die Diskussion selbst wird unter Wahrung datenschutzrechtlicher Vorgaben auf Tonbändern mitgeschrieben.

4.2 Fragebogen

Der Fragebogen (s. Seite 46 ff wurde) entsprechend der Fragestellung selbst entwickelt. Einige Fragen, bei denen sich ein Vergleich anbot, haben wir von Gerdes (2004) übernommen. Ein Probedurchlauf mit 20 Patienten ergab einige wenige Verständnisschwierigkeiten, die wir durch kleine Änderungen beseitigen konnten.

4.3 Stichprobe

4.3.1. Fokusgruppen

Wir baten 252 Patienten dreier Reha-Zentren mit verschiedenen orthopädischen und rheumatologischen Erkrankungen, an unseren Fokusgruppen teilzunehmen. Davon willigten 194 ein. 54,1 % waren weiblich, das durchschnittliche Alter betrug $51,2 \pm 11,1$ Jahre. 44,3 % litten an verschiedenen Formen von Rückenschmerzen, 20,1 % hatten wegen arthrotischer Veränderungen eine Endoprothese des Hüftgelenks erhalten, 15,5 % zeigten das Fibromyalgiesyndrom, 12,4 % waren an rheumatoider Arthritis erkrankt und 7,7 % an Spondylitis ankylosans. Rheumatologische Patienten konnten nur in einer der drei beteiligten Kliniken und, in einem angemessenen Zeitrahmen, nur in geringem Umfang rekrutiert werden.

Insgesamt führten wir zweiunddreißig Gruppengespräche, davon fünfzehn mit den Rückenschmerzpatienten, fünf mit den Endoprothesenpatienten und je vier mit den übrigen Diagnosegruppen.

4.3.2. Fragebogenstichprobe

Etwa ein Jahr nach Ende der stationären Rehabilitation schrieben wir die Teilnehmer an und baten sie, unseren Fragebogen über ihre Erfahrungen und Aktivitäten auszufüllen. Nach einmaliger Erinnerung erhielten wir 142 verwertbare Fragebögen zurück (s. Tabelle 2). Die Rücklaufquote für den Fragebogen betrug 73,2 %.

Tab. 2: Stichprobe

	gefragt	an Fokusgruppe teilgenommen	Fragebogen beantwortet*	Fragebogen beantwortet**
FMS	36	30	22	28
RA	31	24	18	16
Rücken	105	86	56	23
SpA	33	15	12	11
TEP	47	39	32	42
andere	-	-	0	12
k. A.	-	-	2	10
Summe	252	194	142	142

* Diagnosen gemäß Fokusgruppe – **Diagnosen gemäß eigener Angabe im Fragebogen

Von den Patienten, die den Fragebogen beantworteten, waren 54,9 % weiblich, 73,2 % lebten in fester Partnerschaft, 43,0 % waren mit einer vollen Stelle berufstätig, jeweils etwa ein Drittel hatte einen Real-, bzw. Hauptschulabschluss. Das Alter betrug $52,1 \pm 11,4$ Jahre. Weitere Einzelheiten im Anhang, S. 50.

Wie erklären sich die Diskrepanzen in den beiden letzten Spalten der Tabelle? Nach einigen Rückfragen und Nachforschungen ergaben sich drei Hauptursachen: 1. Ein größerer Teil der Patienten hatte mehrere Gesundheitsprobleme, und das Problem, das für den Patienten im Vordergrund stand, entsprach nicht immer der Hauptdiagnose des Arztes. – 2. Ein Teil der Patienten kannte seine Diagnose nicht. – 3. Ein Teil der Rückenschmerzpatienten nach Bandscheiben-OP hatte fälschlich „Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation“ angekreuzt.

Obwohl es in der Studie um die Sichtweise der Patienten ging, hielten wir es unter diesen Umständen für angemessener, für differenzielle Fragestellungen mit den ärztlichen Diagnosen zu arbeiten.

5. Ergebnisse der Fokusgruppen

Die Durchführung der Gruppen bereitete keine Schwierigkeiten. Die Rehabilitanden äußerten sich frei und offen. Gelegentlich glitt die Diskussion ab in eine Generalkritik des Gesundheitswesens, oder Vorschläge wurden zurückgehalten, weil man ihre Realisierung von vornherein als unrealistisch einschätzte. Obwohl die Interviewer die Äußerungen der Patienten niemals bewerteten, sind gewisse Effekte der sozialen Erwünschtheit nicht ganz auszuschließen. Dasselbe gilt für Einflüsse von Meinungsführern in der Gruppe. Bei einer Gruppe versagte die Aufnahmetechnik, der Interviewer fertigte ein Gedächtnisprotokoll an.

Die Auswertung ist im Wesentlichen qualitativ: Wir benennen die angesprochenen Themen und belegen sie durch Wiedergabe einzelner Äußerungen. Der quantitativen Analyse der Gespräche sind enge Grenzen gesteckt. Es ist zu bedenken, dass häufige Nennungen aus bestimmten Themenkreisen nicht unbedingt bedeuten, dass hierzu starke oder häufige Wünsche vorlagen. Das hat folgende Gründe:

- Bei der Auswertung war es nicht möglich, die Stimmen eindeutig Personen zuzuordnen. So konnte nicht sicher entschieden werden, ob ein Wunsch von derselben Person wiederholt vorgetragen oder von verschiedenen Personen je einmal genannt wurde.
- Ebenso wenig konnte das Ausmaß ermittelt werden, in dem ein von einer Person vorgetragener Wunsch in der Gruppe auf allgemeine Zustimmung stieß, geäußert durch zustimmendes Kopfnicken oder „hm, hm“.
- Häufige Nennungen aus bestimmten Themenbereichen traten manchmal auf, weil kontroverse Auffassungen innerhalb der Gruppe bestanden, was zu Diskussionen und argumentativen Wiederholungen von Wünschen führte.

Bei der quantitativen Auswertung ermittelten wir die Anzahlen der expliziten Nennungen eines Wunsches unabhängig davon, ob dieselbe Person ihn mehrfach nannte oder eine unbestimmte Zahl der übrigen Teilnehmer ihm zustimmte. Die Ergebnisse sind also wegen der aufgeführten Einschränkungen zurückhaltend und unter Berücksichtigung des gesamten Gesprächsverlaufs zu interpretieren

Von vornherein beeindruckte die geringe Varianz zwischen den Wünschen der verschiedenen Gruppen. Außerdem wurden die wesentlichen Aspekte meist innerhalb der ersten dreißig Minuten geäußert. Die Interviewer hatten schon sehr früh den Eindruck, dass weitere Gruppen nichts Neues mehr produzieren. Dies galt auch über die Diagnosegrenzen hinweg.

5.1 Quantitative Auswertung der Fokusgruppen

Nach Anhören der jeweils ersten Gruppe jeder Diagnose entwarfen wir ein Kategoriensystem, das eine quantitative Auswertung der Patientenäußerungen erlauben sollte. Bei Anhörung der weiteren Gruppengespräche ergab sich keine Notwendigkeit mehr, das Kategoriensystem zu erweitern. Die Kategorien betrafen einmal den Inhalt der Nachsorge und zum anderen Fragen der Organisation.

Inhalt: aktive Therapie, Krankengymnastik, Sport usw. – passive Therapie, Bäder, Massagen, Packungen – Beratung, Betreuung, Information über Therapien, Sozialrecht, psychische Probleme – organisierte Freizeitprogramme – Programme wie in der Klinik

Organisation: Kooperation zwischen Arzt, Klinik, Therapeuten, Kostenträger – Fachpersonal zur Anleitung, Korrektur, Beaufsichtigung, Kontrolluntersuchung – Ort der Nachsorge – zeitliche Regelungen – Nachsorge in fester Gruppe – akzeptable Wegezeiten – akzeptable Kosten – Urlaubstage für Nachsorge hergeben – Maßnahmen zur Steigerung der Motivation – strukturierte Nachsorgeprogramme wie IRENA usw. – Appell zur Selbstorganisation – leichter Zugang zu Rezepten.

Die Auszählung der Äußerungen erfolgte durch den Interviewer einer Klinik. Zur Abschätzung der Zuverlässigkeit wurde eine Stichprobe von drei aufgezeichneten Gesprächen zusätzlich von einem in der Rehabilitation erfahrenen Diplomspsychologen ausgezählt. Da es uns weniger auf die absoluten Zahlen als auf die relative Gewichtung der einzelnen Themen ankam, wählten wir als Maß für die Übereinstimmung den Rangkorrelationskoeffizienten Kendalls τ . Er betrug $\tau = .63$. Wir sehen das als für unsere Zwecke ausreichend an.

Insgesamt wurden 915 Äußerungen klassifiziert. In Tabelle 3 ist dargestellt, wie sich die einzelnen Äußerungen pro diagnostischer Gruppe auf die einzelnen Kategorien verteilen.

Tab. 3: Häufigkeiten bestimmter Themen bei verschiedenen Diagnosegruppen. Lesebeispiele: 16,3 % aller klassifizierten Äußerungen in Gruppen mit TEP-Patienten betrafen den Wunsch nach aktiver Therapie. Über alle Gruppen hinweg waren es 12,8 % aller Äußerungen

	TEP	Rücken	FMS	RA	SPA	alle
Inhalt						
aktive Therapie, Krankengymnastik, Sport usw.	16,3	11,6	2,7	13,9	18,6	12,8
passive Therapie, Bäder, Massagen, Packungen	3,3	3,0	4,4	9,9	7,0	6,3
Beratung, Betreuung, Information über Therapien, Sozialrecht, psychische Probleme	3,3	4,0	1,8	4,0	9,3	4,9
organisierte Freizeitprogramme	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	1,0
Programme wie in der Klinik	0,0	2,3	0,0	2,0	2,3	1,6
Organisation						
Kooperation zwischen Arzt, Klinik, Therapeuten, Kostenträger	27,2	8,8	12,7	7,9	0,0	10,0
Fachpersonal zur Anleitung, Korrektur, Beaufsichtigung, Kontrolluntersuchung	6,5	11,4	5,6	8,9	4,7	8,7
Ort der Nachsorge	2,2	5,3	2,8	3,0	9,3	4,9
zeitliche Regelungen	6,5	16,7	11,3	10,9	7,0	12,7
Nachsorge in fester Gruppe	3,3	8,6	0,0	0,0	9,3	5,7
akzeptable Wegezeiten	7,6	5,3	9,9	5,9	2,3	6,0
akzeptable Kosten	9,8	8,4	11,3	13,9	4,7	9,1
Urlaubstage für Nachsorge hergeben	0,0	0,2	1,4	4,0	0,0	0,8
Maßnahmen zur Steigerung der Motivation	8,7	5,6	4,2	5,9	9,3	6,2
strukturierte Nachsorgeprogramme wie IRENA usw.	2,2	2,8	7,0	6,9	0,0	3,6
Appell zur Selbstorganisation	3,3	2,3	5,6	1,0	16,3	4,8
leichter Zugang zu Rezepten	0,0	1,4	0,0	2,0	0,0	0,9
Prozent	100	100	100	100	100	100
n	92	430	163	101	129	915

Intuitiv sieht man eine deutliche Ähnlichkeit zwischen den Gruppen in der Rangfolge der Themen. Eine Überprüfung erbrachte, dass alle Rangreihen positiv miteinander korreliert waren, meist signifikant und in der Größenordnung von .50 bis .60, s. Tabelle Seite 51. Diese Daten stehen in Einklang mit dem deutlichen klinischen Eindruck aus den Gruppengesprächen, dass die Art der Wünsche an die Nachsorge nur wenig von der Diagnose abhängen. Wir können daher auf eine getrennte Auswertung verzichten.

Insgesamt legen die Daten nahe, dass Patienten nach der stationären muskuloskelettalen Rehabilitation inhaltliche vor allem aktive Therapien wünschen, dass sie gro-

Ben Wert legen auf ein geordnetes Miteinander der verschiedenen beteiligten Institutionen und dass die zeitliche Organisation und die Kosten stimmen müssen.

5.2 Qualitative Auswertung der Fokusgruppen

Im Folgenden berichten wir, was die Teilnehmer inhaltlich zu den häufigeren der oben genannten Themen aussagten, und belegen dies mit einigen Beispieläußerungen. Die Wünsche betreffen einmal die Inhalte der Rehabilitation, zum anderen die Organisationsform.

5.2.1. Der Inhalt der Nachsorge

Bei den Inhalten gab es in allen Gruppen, mit Ausnahme der Fibromyalgiepatienten, eine klare Präferenz für Formen der Bewegungstherapie. Offensichtlich ist bei den Rehabilitanden die Botschaft angekommen: Bewegung ist die wichtigste Therapie. Dabei bevorzugen die meisten *die* Formen der Bewegungstherapie, die sie in der stationären Rehabilitation kennen gelernt haben.

Mit dem Fitnessstudio, das würde ich ja gut finden, weil viele Leute haben ja auch Rückenprobleme, und wir sind hier ja sehr gut aufgeklärt worden über Muskulatur und wie das alles zusammenhängt, und dass man das anschließend noch weiter unterstützen kann finanziell. (Mann mit Rückenschmerzen)

Was ich vorher schon gemacht hab, Wassergymnastik durch die Rheumaliga. Trainingsarbeit im Fitnessstudio: Da werd ich die Anregungen, die ich hier gekriegt hab, etwas verändern. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Bei uns gibt's Seniorengymnastik, da werd ich mitmachen, vom Roten Kreuz. Kostet 3,50. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Wenn ich nach Hause komme, gehe ich in die Rheumaliga, alleine wegen dem Bewegungsbad. Meine Frau hat sich schon informiert. (Mann mit rheumatoider Arthritis)

Was ich gut finde: Nordic Walking, so drei, vier Leute, haben sie uns gezeigt hier im Wald, das war gut. (Mann mit Spondylarthritis)

Bewegungsübungen, dass man wieder flott wird, dass man wieder laufen kann (allgemeine Zustimmung) (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Passive Therapien („Anwendungen“) wurden weniger genannt, häufig erst auf Nachfragen. Sie wären den meisten willkommen, allerdings nicht so sehr als eigenständiger Therapiebaustein, sondern die Rehabilitanden sahen sie überwiegend als Ergänzung oder Abrundung des Programms sowie als Befriedigung des psychischen Be-

dürfnisses nach angenehmen Sinneserfahrungen oder Entspannung. Für Fibromyalgiepatienten allerdings schienen sie eine höhere Bedeutung zu haben.

Für mich wär es sehr interessant: die Akupunktmassage und .. das zahlt aber die Krankenkasse auch nicht mehr, das hatte ich früher auch noch nicht gehört, das ist jetzt für mich neu hier, und das hat mich sehr gut bekommen. (Mann mit Fibromyalgie)

Solebad wär auch ne schöne Sache. Sehr entspannend. (Mann mit rheumatoider Arthritis)

Und dann Entspannung auf alle Fälle, das sollte auch auf jeden Fall weiterlaufen. (Frau mit Spondarthritis)

Der Wunsch nach Information und Beratung war nicht bei allen verbreitet, aber bei einigen sehr intensiv. Dabei ging es um Fragen nach medizinischen Informationen, sozialrechtlichen Regelungen und nach psychologischer Unterstützung:

Ich würde gern, dass man irgendwo in einer kleinen Gesprächsgruppe begleitet wird mit einer Psychologin. Also mir tut das sehr gut hier, über die Krankheit mehr zu erfahren, darüber zu hören und darüber zu reden und auch ernst genommen werden. Die psychologische Betreuung, die find ich enorm wichtig. (Frau mit Fibromyalgie)

Psychisch, Anlaufpunkt, wo man sich mal richtig aussprechen kann. Der Arzt hat die Zeit nicht, das wird zu teuer und dauert zu lange. (Frau mit Rückenschmerzen)

Ich denke, da spielt auch eine psychische Mitbehandlung eine Rolle, dass man auch von der Seite eine Unterstützung hat. Denn viele gehen doch auch hier psychisch ganz schön in die Knie. Diese Überbrückung, bis es wieder besser geht, dass man da auch ruhig zum Psychotherapeuten oder was geht. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Manche fassen ihre Vorstellungen einfach zusammen als „Reha im Kleinen“:

Im Grunde so: Reha im Kleinen. Alles was wir hier haben in kleinerer Form. (Mann mit Spondarthritis)

Das, was Sie brauchen, das, was hier gewesen ist, dass man das für eine Zeit bekommt. (Frau mit Rückenschmerzen)

Für organisierte Freizeitprogramme im Rahmen der Nachsorge gab es praktisch kein Interesse.

Nee, da hab ich ja meine Freundinnen für. (Frau mit Rückenschmerzen)

Wenn ich, sagen wir mal, erst die ganze Woche arbeiten, dann noch dieses Turnen, und dann soll ich mich schon wieder mit irgendwelchen Leuten da irgendwie, also glaub ich nicht, dass ich da Interesse für hab. (Mann mit Rückenschmerzen)

5.2.2. Die Organisation der Nachsorge

Über die Inhalte der nachsorgenden Aktivitäten herrschte weitgehende Einigkeit: Bewegungstherapie in allen Formen, ergänzt durch Methoden der physikalischen Therapie und bei Bedarf Beratung. Das Gespräch darüber war meist in wenigen Minuten beendet. Anders sah es aus, wenn wir zu den organisatorischen Fragen kamen. Hier spielten individuelle Vorlieben und Besonderheiten eine größere Rolle. Außerdem gaben diesen Themen Anlass, Unzufriedenheit zu äußern, die auf vielen ungünstigen Erfahrungen beruhte.

5.2.3. Organisation: Wegweiser durchs Sozialsystem

Viele Rehabilitanden in unseren Fokusgruppen empfanden das Sozialsystem als unübersichtlich und schwer verständlich. Daraus resultierte der klare Wunsch: Es soll eine koordinierende Stelle geben, die den gesamten Rehabilitationsverlauf von der Antragstellung bis zur Nachsorge informierend, beratend und steuernd begleitet und überwacht. Für die Nachsorge hieße das etwa, eine Liste geeigneter Einrichtungen bereitzustellen.

Was ein wichtiger Punkt ist: dass man angeleitet wird. Dass es irgendwelche Institutionen gibt, die sagen, geh mal hier hin, geh mal da hin, das kostet so viel, das kostet gar nichts oder wie auch immer, und nicht, dass man auf sich allein gestellt ist, denn dann macht man ein wenig, und nachher weiß man gar nicht mehr, was man machen soll, weil man's vergessen hat. Die Klinik müsste eine Adresse geben, wo man hingehet, und vielleicht sollte es da auch etwas kosten, damit man nicht sagt, nee, das lass ich sausen oder das mach ich nicht mit. (Mann mit Rückenschmerzen)

Dass der (der Hausarzt) einem auch Möglichkeiten aufzeigt, was man überhaupt machen kann und einem dann irgendwas verordnet. Man selber weiß doch überhaupt gar nicht, auf wen man zugehen soll. Wenn man irgendwas von sich aus macht, heißt das bloß immer: Gesundheitsreform, dies und das gibt es nicht, müssen Sie alles selber tragen. (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Nach der Erfahrung der Rehabilitanden bringt der Hausarzt meist nicht die nötige Kompetenz und Bereitschaft mit, die Koordination des ganzen Prozesses zu übernehmen. Mit den gemeinsamen Servicestellen, denen ja genau diese Aufgabe nach SGB IX §22 übertragen wurde, lagen kaum Erfahrungen vor, diese waren zudem eher enttäuschend, was Qualität und Quantität der Beratung anbelangt.

5.2.4. Organisation: Kooperation aller Beteiligten

Sehr deutlich wurde der Wunsch nach einer besseren Kooperation der beteiligten Institutionen geäußert. Alle sollten Hand in Hand arbeiten und sich untereinander abstimmen. Der Entlassungsbereich sollte unmittelbar nach Reha-Ende beim Hausarzt sein und konkrete Empfehlungen beinhalten, der Hausarzt sollte diese Empfehlungen nicht wieder in Frage stellen, sondern sich danach richten.

Das A und O daran ist eigentlich ein ganz detaillierter Entlassungsbericht von der Reha-Klinik an den behandelnden Arzt, dass er erst mal weiß, was ist an Maßnahmen getätigt worden. Und der Bericht darf auch nicht erst, wie auch schon erlebt, ein halbes Jahr später kommen, sondern der muss gleich kommen mit der Entlassung, damit der behandelnde Arzt zu Hause entsprechend auch sieht, was ist gemacht worden, und sich danach sein Konzept für die Weiterbehandlung neu aufbauen kann. (Frau mit Rückenschmerzen)

Ich würde mir also wünschen, dass die Klinik hier meinen behandelnden Orthopäden zu Hause informiert, was Sache ist und was die in ihn für eine Erwartung setzen, was er zu machen hat. Manchmal haben die gar keine Ahnung zu Hause. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Außerordentlich irritierend wirkte es auf die Rehabilitanden, wenn sie von verschiedenen Beteiligten unterschiedliche oder gar gegensätzliche Informationen bekamen. Nachbehandler und Nachsorgeprogramme sollten sich nicht im Widerspruch zu dem befinden, was der Rehabilitand in der Rehabilitation erfahren oder gelernt hat.

Der eine sagt so, der andere sagt so. Im Krankenhaus wird ganz was anderes gesagt als hier, hier sagt jeder Gymnast was anderes, machen Sie das bloß nicht so, um Gottes willen, was machen Sie denn da, das müssen Sie so machen, also schon von einer Stunde auf die nächste, wenn man jemand anderes hat, also da wird man völlig verunsichert. (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Ich bin jetzt 58. Jetzt bin ich schon monatelang krank, die Kasse sagt, gehen Sie doch in Rente, der Arzt sagt, das können Sie vergessen, und Sie sagen, ich soll hinterher noch diese Nachsorge oder was, ja was denn nun? Da kannst du doch verrückt werden. (Mann mit Rückenschmerzen)

5.2.5. Organisation: Anleitung durch Fachpersonal

Für die meisten Rehabilitanden war es wichtig, weiterhin von Fachpersonal betreut zu werden. Zum einen schien das von Bedeutung für die Motivation zu sein (siehe unten), zum anderen bestand bei vielen eine große Unsicherheit darüber, ob sie auf sich gestellt imstande sind, das Richtige zu tun.

Auf mich allein gestellt, traue ich mir's nicht zu. Weil ich denke, da mache ich einfach allzu viel falsch. Die Angst ist immer im Hinterkopf. (Mann mit Spondylarthritis)

Wichtig ist auch die Korrektur. Denn ich glaube, wenn man das immer für sich alleine macht, dann weicht man doch wieder aus. Also mir wäre das schon wichtig, dass mir immer wieder jemand sagt, also da liegst du jetzt wieder falsch. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Einmal die Woche würde ich schon gern was machen, aber was jetzt Bewegung angeht, mit einem vernünftigen Menschen, der dabei ist, der es einem dann auch wirklich zeigt, wie es geht und nicht so ganz alleine. (Frau mit Spondylarthritis)

Das Studio muss nicht unbedingt unter Leitung eines Arztes sein, aber doch zumindestens unter einem gut ausgebildeten Physiotherapeuten, der jetzt auch in Krafttraining usw. auch Erfahrung hat. (Mann mit Rückenschmerzen)

Auch solche Patienten, die sich zutrauen, ein Heimübungsprogramm selbständig durchzuführen, wünschten sich zusätzlich Beratung, Behandlung und Kontrolle durch Fachleute:

Die Grundlage ist die Reha hier. Da lernt man sehr viele Übungen, was ich auch zu Hause anwenden kann, wo ich nirgends mit hin muss. Da weiß ich, wenn ich meine Zettel angucke, da bin ich ne halbe Stunde beschäftigt, wenn ich jede Übung mache. Das bringt ja auch schon mal ne Menge. Das vergessen viele. Sie verlassen sich darauf, man geht zur Physiotherapie, man geht zum Arzt und vergessen hier im Prinzip die Grundlage, die man hier gelernt hat. (Interviewer: Heißt das, Sie brauchen eigentlich gar nichts mehr zusätzlich?) Doch, natürlich. Wenn ich nach Hause komme und bin auf mich allein gestellt, das geht nicht, man braucht noch zusätzlich Physiotherapie, Anwendungen. Auch, dass jemand sieht: Wie sind die Fortschritte? Ich alleine kann das alles gar nicht beurteilen. (Frau mit Rückenschmerzen)

Meine Vorstellung ist, dass man so ein Standardprogramm mitbekommt und dann allerdings einen Fachmann vor Ort hat, der einen berät, was man davon wie anzuwenden hat. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Wenn ein echter Gymnast einem ein Programm zusammenstellen kann, hab ich erstaunt gemerkt, dass man doch eine Menge ganz allein zu Hause machen kann. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Was Bewegungsübungen oder so angeht, das hat man ja gelernt, oder das wird dann hier auch wieder aufgefrischt, da weiß man selber, wie man sich helfen kann, ob es auch Streckübungen sind oder Dehnübungen oder so, das hat man, wenn man so viele Jahre Schmerzpatient ist, da kann man das einfach, das mache ich selbst, aber diese – zur Lockerung der Muskulatur oder so sind eben Massagen wirklich ganz wichtig, ich kann mich nicht selber massieren. (Frau mit Fibromyalgie)

5.2.6. Organisation: Motivierung

Die Einsicht, dass es im Grunde um eine Lebensstiländerung geht und dass gesunde Bewegungsformen ein immerwährender Teil des Alltags werden müssen, war bei den meisten Rehabilitanden vorhanden. Gleichzeitig betonten sie in vermutlich realistischer Selbsteinschätzung, dass es ihnen an Kraft zum Durchhalten mangle. Oft wurde das Bild des inneren Schweinehundes bemüht, den es zu überwinden gelte. Hier wurde der Wunsch nach motivierender Unterstützung laut.

Ich glaub, das wird zu Hause sowieso einschlafen, was jetzt hier gemacht wurde. Der Alltagstrott geht wieder los. Also das glaub ich bestimmt nicht, dass ich da los gehe und besorg mir erst mal ein Bad oder so. Es müsste jemand auf mich zukommen. (Mann mit rheumatoider Arthritis)

Wenn's einem schlechter geht, dann geht man wieder hin und dann macht man wieder mehr. So ist es bei mir. Es muss erst wieder ein Schub kommen. (Mann mit rheumatoider Arthritis)

Irgendwie wollen sie ja, dass die Patienten es irgendwann so machen, aber ich kenn eigentlich keinen, der wirklich so zu Hause sich wirklich täglich hinstellt und die Übungen macht. Auch ich bin, wenn wir dann mal Ferien haben oder zwei Wochen keine Krankengymnastik da ist, dann wird also, O.K., die ersten paar Tage noch was gemacht, aber da fehlt halt ne dauerhafte Begleitung, da ist der innere Schweinehund dann eben kleiner. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Optimal wär natürlich, wenn man ein-, zweimal mindestens im Monat noch mal ne Krankengymnastik, nicht, oder in dieser Art, durchziehen könnte, wenn das möglich wär. Ich weiß selber, ich bin schon mal zur Kur gewesen: Ein halbes Jahr, und dann wird das immer weniger, dass man sich erinnert und auch auffassen kann, muss ich auch sagen, und dann nach einem dreiviertel Jahr ist der Erfolg gleich wieder hin. (Mann, Rückenschmerzen)

Wenn man Schmerzen hat, man hört einfach auf. Man geht nicht über diesen Punkt weg. Man denkt, man könnte sich was holen oder was. (Mann mit Spondylarthritis)

Für Kontrollen und gerechte finanzielle Sanktionen oder Anreize sind die meisten Patienten durchaus zu gewinnen.

Und ich denke mal, dass in der Richtung mal eine gewisse Kontrollfunktion des Leistungsträgers bestimmt ganz wichtig wäre, dass, ich sag mal, nicht nur jeder einzelne für sich sein Süppchen kocht, was bestimmt abhängig ist vom Arzt und vielleicht auch abhängig vom inneren Schweinehund jedes einzelnen, wie er selber seine Gesunderhaltung oder wie auch immer weiterführen möchte, sondern dass auch der Leistungsträger da in die Pflicht genommen wird und nach so einer Reha in bestimmten Abständen, ich weiß nicht, ich sag mal zweimonatsweise oder wie auch immer, für einen gewissen Zeitraum, ein,

zwei Jahre gewisse Kontrollfunktionen ausübt. Er soll kontrollieren, ob eine entsprechende Nachsorge durchgeführt wurde. (Frau mit Rückenschmerzen)

Das mit der Kontrolle fand ich nicht schlecht, was sie gesagt hat, vielleicht ist es da möglich, dass, wie die Krankenkassen es jetzt machen, so ein Bonus-system einzuführen oder, das weiß ich ja nicht, ob das geht. (Frau mit Rückenschmerzen)

Ich kenne das mit dieser Rückzahlung, oder andersrum, das heißt, wenn ich nicht komme, muss ich selber zahlen. Ich finde das auch zum Teil in Ordnung. Denn eine gewisse Kontrolle ist auch ein Ansporn. Nur, da gibt's so Sachen, die stimmen einfach nicht. Wenn man nämlich erkältet ist, und von sich aus sagt, ich geh jetzt nicht ins Wasser, was ja eigentlich vernünftig ist, dann muss man trotzdem zahlen. Das Vertrauen ist nicht gegenseitig. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Ja, natürlich. Es ist ja nicht nur so, dass man keine Zeit hat, weil man im Alltagstrott drin ist, es gibt ja auch noch die Bequemlichkeit. Mit Zuckerbrot und Peitsche (lacht), so kann man arbeiten. (Mann mit Rückenschmerzen)

Motivierende nachgehende telefonische Kontakte durch Klinikmitarbeiter wurden als Wunsch spontan nicht genannt und stießen auf Nachfrage eher auf ein geteiltes Echo. Die Idee war für manche zu ungewohnt, vielleicht auch zu verbindlich. So fürchtete ein Patient, sich zu blamieren, wenn er den besagten Schweinehund zu überwinden dann doch nicht in der Lage sein sollte.

Auch die Vorstellung, Nachsorgeaktivitäten in festen Gruppen durchzuführen, wurde nur von einem Teil als motivationsfördernd eingeschätzt, und zwar vor allem von denen, die festzusammengesetzte Gruppen während der stationären Reha bereits als positiv erlebt hatten. Sie betonen die motivierende Wirkung und die positiven Effekte auf die Stimmungslage. – Eine nicht kleine Minderheit legt jedoch auch Wert auf eine individuelle Betreuung und zieht Einzelbehandlungen vor, in erster Linie wieder wegen der Befürchtung, bei mangelnder Kontrolle etwas falsch zu machen.

Gruppe ist gut, die ziehen dich mit und gibt immer was zu lachen. Und wenn du mal nicht kommst, dann heißt es gleich, ja wo warst du denn wieder, also dass sie dich vermissen, oder mal, wenn du keine Lust hast, dann: Jetzt komm aber, fauler Sack oder was. (Mann mit Rückenschmerzen)

Am meisten ist es interessant, ne nette Gruppe, die Gruppe bleibt ja auch zusammen; nicht, dass es jedes mal durcheinandergewürfelt wird, und ich finde das schon nicht schlecht. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Lieber einzeln als Gruppe, oder kleine Gruppe, sonst kann man schon gar nicht mehr drauf achten, denn die meisten Fehler, find ich jetzt hier auch, passieren – die lassen einen alleine und man wühlt da rum und macht und man

achtet auch gar nicht drauf, ob der Rücken gerade ist oder ob das Bein richtig mit ist, das geht gar nicht. (Frau mit Spondylarthritis)

Hilfreich auftretende Institutionen erlebten die Patienten selten. Oft berichteten sie über ermüdende Kämpfe mit der Bürokratie der Kostenträger oder mit Ärzten, die sich Sorgen um ihr Budget machten. Äußerungen wie die eines männlichen Fibromyalgiepatienten waren außerordentlich selten: „Ich bin in der (Name der Krankenkasse), ich brauch da nur anzurufen, der informiert mich sofort.“ Die Rehabilitanden wünschten sich eine fürsorglichere Einstellung und großzügigere Gewährung von therapeutischen Maßnahmen.

Wenn ich da so was möchte, entweder muss ich da erst mal 35 € bezahlen, da soll ich an der Gruppe teilnehmen, dann soll ich das gleich bezahlen, das kann ich nicht, und wenn ich irgendwelche Massagen möchte, da werden Bücher gewälzt, um endlich mal eine halbe Stunde Massage zu bekommen, und das ist, was mir nicht gefällt. (Frau mit Fibromyalgie)

Die Aussage kommt also spätestens im zweiten Monat des Quartals, Sie haben Ihr Päckchen schon weg fürs Quartal. (Mann mit Fibromyalgie)

Eigentlich müsste als Nachsorge eine Dauertherapie möglich sein. Wir sind chronisch krank, und chronisch Kranke – bei einem Diabetiker wird auch kein Gewese davon gemacht, ob er sein Insulin bekommt oder nicht, und genauso sollte das bei uns auch sein. Dass diese Krankheit oder die chronischen Krankheiten auch mehr gewürdigt werden, dass man also nicht als Bittsteller immer dasteht und sich seine Therapie erbettelt. (Frau mit Fibromyalgie)

Motivierend wirken nach Auffassung mancher Teilnehmer Rückmeldungen über Fortschritte, die aus Kontrolluntersuchungen oder Befunden zum Stand der Leistungsfähigkeit gewonnen werden könnten.

Wenn du jetzt in der Muckibude bist, sagen wir mal, dann ist es so, da kommt der Trainer, der weist dich ein, das ist einmal, dann siehst du ihn nicht wieder. Da wäre so eine Überprüfung nach einem halben Jahr oder was vielleicht gar nicht schlecht. So dass dann wirklich mal gesagt wird, so, machst du das alles richtig, dass noch mal geguckt wird, was hat sich entwickelt in deinem Körper, läufst du wieder ein bisschen gerade und so. (Mann mit Rückenschmerzen)

Demotivierend finden die Rehabilitanden dagegen hohe Kosten, weite Wege und ungünstige Zeiten. Nachsorge sollte niedrighschwellig sein, praktikabel und kompatibel zum Lebensrhythmus. Damit befassen sich die nächsten Abschnitte.

5.2.7. Organisation: Der Ort der Nachsorge

In welcher Art Institution die Nachsorge stattfindet – ob Physiotherapiepraxis, Fitnessstudio, Sportverein oder Reha-Klinik – war den Patienten gleich, solange fachli-

che Kompetenz und Wohnortnähe der Einrichtung gewährleistet sind oder anders formuliert: solange Aufwand und erwarteter Ertrag in einem positiven Verhältnis stehen. Die Wege und Fahrtzeiten, die sie in Kauf nehmen wollten, waren unterschiedlich und hingen neben der persönlichen Motivation natürlich auch von objektiven Umständen ab wie Besitz eines Autos, örtliche Möglichkeiten des öffentlichen Nahverkehrs, Berufstätigkeit und andere Verpflichtungen, die die zur Verfügung stehende freie Zeit beschränken oder Art und Stärke der Gesundheitsprobleme, die sich auf die Mobilität ungünstig auswirken.

Normal 20 Minuten, das ist schon die Grenze. (Frau mit Spondarthritis)

20 Kilometer würd ich in Kauf nehmen, halbe Stunde Fahrt ist in Ordnung. (Mann mit Rückenschmerzen)

Ich denke mal so: Umkreis von 20 Kilometern. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Ne Stunde Anfahrtsweg. Würd ich in Kauf nehmen. Wenn mir da weitergeholfen wird. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Ne Stunde würd ich schon, und es darf auch nicht so weit weg sein. Das ist ja das größte Problem. Das ist ja immer so ein Problem mit dem Autofahren auch, nicht, wie man das denn kann, ob man dann ja auch in der Verfassung ist, nicht. Ob das überhaupt geht. So wie heute, würd ich sagen, müsst es bei mir zu Hause sein. (Frau mit Spondarthritis)

Ich bin berufstätig. Wenn ich zwei Stunden Anfahrtsweg, oder eine Stunde hin und eine zurück, schon einplanen müsste, dann bekäm ich irgendwann Probleme. Die Reha-Maßnahme dort dauert ja vielleicht auch ungefähr eine Stunde, das ist fast nicht zu wuppen, zumindest nicht mehrfach in der Woche. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Tages-Reha, die gibt es zwar, in Hamburg kenn ich zwei, aber da bin ich eine Stunde unterwegs, um die zu erreichen, und wenn ich dann da noch ein, zwei Stunden machen soll, diese Plätze sind einfach zu wenig. (Mann mit Rückenschmerzen)

Wenn die Fahrt länger dauert als die ganze Therapie, dann stimmt das doch irgendwie nicht. (Mann mit Rückenschmerzen)

Wege über fünfzig Kilometer oder eine Stunde Fahrtzeit wurden nicht genannt. Es war aussichtslos, einen typischen Wert für die Obergrenze ermitteln zu wollen, dafür gab es zu viele individuell unterschiedliche Bedingungen. Als Fazit ließ sich nur festhalten: je näher am Wohnort, desto besser.

5.2.8. Organisation: Die Kosten der Nachsorge

Ähnliche Argumente wurden ins Feld geführt, wenn es um das Thema der Finanzierung ging: Der finanzielle Aufwand muss in einem angemessenen Verhältnis sowohl zum erwarteten Nutzen, wie auch zur Höhe der eigenen Einkünften stehen. Da diese unter den Rehabilitanden stark variierte, ließ sich eine präzise Angabe nicht machen. Wer wenig hat, mag nur wenig geben. Der Gedanke der kombinierten Finanzierung mit Eigenbeteiligung und Zuschuss wurde dabei aber grundsätzlich bejaht. Zuschüsse, die an eine regelmäßige Teilnahme an Aktivitäten geknüpft sind, wurden, wie bereits erwähnt, als Motivationshilfe sogar von vielen ausdrücklich begrüßt.

Ich weiß so bestimmte grundsätzliche Dinge, worauf ich achten muss, dann wäre eine Unterstützung, eine finanzielle, für ein Fitnessstudio, wäre dann auch gut. Und was dann auch noch ganz gut wäre bei der beruflichen Wiedereingliederung nach längerer Krankheit, dass so etwas (die Unterstützung) vielleicht ja auch ein bisschen länger auch vielleicht gemacht wird. (Frau mit Rückenschmerzen)

Geringe Eigenleistungen kann man ja gerne erbringen. Fünfzig Euro, kann sich mancher vielleicht auch nicht leisten, aber sind ja eigentlich nicht das Ding. (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Drei Euro zuzahlen für eine Behandlung ist in Ordnung. (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Ich wär nach meiner letzten OP auch ins Fitnessstudio gegangen, aber ich wohn am Arsch der Welt, da ist ein Fitnessstudio, die nehmen Preise, da wird einem schlecht, und man geht rückwärts wieder raus. Da zahlt man für einen Tag zehn Euro und für den ganzen Monat hundert. Das zahl ich nicht, Rücken hin oder her. (Frau mit Rückenschmerzen)

Solche Maßnahme sollte vorfinanziert werden. Denn sonst hab ich wieder das Problem, wo krieg ich das Geld her. Oder mit Gutscheine von der Krankenkasse. (Mann mit Rückenschmerzen)

Ich wünsche mir, dass das, was ich da mach, auch ein bisschen unterstützt wird von den Krankenkassen, das ist ja nicht klar, ob die weiterhin einen Anteil bezahlt. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

5.2.9. Organisation: Zeitliche Regelungen

Rehabilitanden wünschten sich neben der Wohnortnähe ganz überwiegend eine kontinuierliche Aktivität über einen längeren Zeitraum:

Nicht jetzt drei Wochen und dann haben wir dich vergessen, sondern nein: Es soll eine Betreuung sein, die so langsam so ausschleichend ist, wie das Abgewöhnen von Haschi. (Mann mit Rückenschmerzen)

Ich wünsch mir lieber etwas Fortlaufendes zu Hause, nicht für ne kurze Zeit wieder irgendwo hinfahren. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Erst mal übern längeren Zeitraum. Später kann man denn ja sagen, gut, einmal im Monat und man kann ja immer weiter gehen. Aber die Sache muss ja erst mal wirken. Und die ist eben mit dreimal nicht getan. (Frau mit Fibromyalgie)

Einmal die Woche bringt nichts, zweimal müsste es schon sein, so für ein halbes Jahr. (Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Da kriegst du sechs Massagen verschrieben, dann fängt es gerade an zu wirken, dann ist es schon wieder vorbei, dann kriegst du das nächste erst zu Weihnachten oder so! (Frau mit Fibromyalgie)

Modelle, die Auffrischungstage, ein Wochenende oder eine Woche in der Reha-Klinik umfassen, waren mehrheitlich nur für die attraktiv, in deren Nähe es keine entsprechenden Einrichtungen gibt oder die durch ungünstige oder wechselnde Arbeitszeiten keinen regelmäßigen Zugang finden. Bei anderen sind die Meinungen geteilt.

Auffrischungswoche find ich auch gut. Vielleicht auch mal so ein Wochenende, dass man nicht immer von der Arbeit weg müsste. (Frau mit Rückenschmerzen)

Auffrischungswoche, das gibt Probleme mit dem Arbeitgeber. Da müsste man lieber eine Woche Urlaub nehmen. Das kann ich mir vorstellen, anstelle von Zuzahlung. (Mann mit Rückenschmerzen)

Auffrischungswoche hätte nur einen Sinn, wenn man zu Hause diese Trainingsmaßnahmen wirklich angewendet hat für ein halbes Jahr, ansonsten wär das rausgeschmissenes Geld, sag ich jetzt mal, denn ich mach's ja dann doch wieder nur einen Tag. (Mann mit rheumatoider Arthritis)

Nö, was sollte das denn bringen, die eine Woche? Was ich hier in drei Wochen nicht geschnackelt hab, das werd ich in einem halben Jahr in einer Woche auch nicht mehr schnackeln. (Mann mit Rückenschmerzen)

Dagegen findet reguläre dreiwöchige stationäre Rehabilitation in kürzeren Abständen viele Anhänger

Eine Woche würde mir auch nicht viel bringen. Weil ich jetzt gemerkt habe, ich brauch erst mal ne Woche, bis ich hier so durchsteige, bis ich alles kennengelernt hab, bis ich einen Therapieplan hab, der jetzt richtig auch greift oder passt. Ich hielte es für sinnvoller, in einem größeren Abstand zu wiederholen und dann wieder drei Wochen. Damit man wieder diesen Schub kriegt – neue Ideen. (Frau mit rheumatoider Arthritis)

Ich würd schon gern jedes Jahr wieder das machen (stationäre Reha), einfach um das alles auch wieder kopfmäßig und so auf die Reihe zu kriegen. Es werden einfach wieder so viele Fehler gemacht in einem Jahr. Wenn es kürzere

Abstände wären, dann könnte man wahrscheinlich auch wieder viel besser damit leben. (Frau mit Spondylarthritis)

Also für mich wäre diese Klinik hier alle zwei Jahre ideal. (Frau mit Fibromyalgie)

Bei Berufstätigen oder Personen mit starke anderen Verpflichtungen muss kontinuierliche Aktivität zu den Arbeitszeiten und der Belastbarkeit passen.

Ich möchte immer weiter therapiert werden, aber so zeitmäßig, dass ich nebenbei noch arbeiten gehen kann, jeden zweiten Tag eine Stunde. (Frau mit Rückenschmerzen)

Bei uns in München, da weiß ich schon eine (Selbsthilfegruppe), aber die findet nachmittags um vier statt. Gut, ich hab acht Kinder, ich kann nicht nachmittags um vier in eine Selbsthilfegruppe gehen, da hab ich einfach keine Zeit für. (Frau mit Fibromyalgie)

Ambulante Reha, das haben die bei uns damals auch gemacht, aber da war ich während der Arbeitszeit. Nur, da war ich so fertig, da hab ich die Anwendungen gar nicht mehr machen können, das war unmöglich. (Mann mit Fibromyalgie)

5.2.10. Organisation: Strukturierte Nachsorgeprogramme

Von strukturierten Programme wie IRENA und anderen hatten fast alle Patienten noch nie etwas gehört. Die wenigen Ausnahmen, denen diese Programme bekannt waren, hatten sie selbst bei früheren Rehabilitationsmaßnahmen „am eigenen Leibe“ kennengelernt.

Viele Patienten konnten nicht glauben, dass solche Programme existieren und auch tatsächlich in der Praxis bereits funktionierten. Diese Ansicht war so tief in ihnen verwurzelt, dass selbst die Anwesenheit früherer IRENA-Teilnehmer in der Gruppe nicht ausreichte, um sie von Gegenteil zu überzeugen.

Das macht doch kein Arbeitgeber mit. Sonst würd ich das mitmachen. (Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

Das wär natürlich eine feine Sache, aber es wär auch gut, wenn ich im Lotto gewinnen würde! (Mann mit Rückenschmerzen)

Davon abgesehen fanden alle Patienten, die sich dazu äußerten, das Modell eines gleitenden Überganges von der Reha in die Vollzeitbeschäftigung im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung gut. Für manche hätte das Verfahren zeitlich noch länger ausgedehnt sein können.

Das würd ich schön finden, wenn das ginge. Also ich finde das für mich auch irgendwie schon schlimm, kommende Woche Dienstag werd ich hier entlassen und geh dann ab Mittwoch wieder acht Stunden arbeiten. (Frau mit Fibromyalgie)

Ich hab erst drei Stunden gearbeitet und dann, bums, sechs Stunden, das ist einfach zu heftig aufeinander. Die Idee an sich gut, aber zu schnell. (Frau mit Rückenschmerzen)

5.3 Zusammenfassung: Fokusgruppen

Die Auswertung der Fokusgruppen lieferte eine Sammlung von Themen, die aus der Sicht der Patienten eine Bedeutung haben. Außerdem ließ sich in gewissen Grenzen ableiten, wie stark die verschiedenen Wünsche waren. Dabei waren die Häufigkeit, mit der die Themen angesprochen wurden und die Inhalte, die dabei geäußert wurden, innerhalb und zwischen den Diagnosegruppen hinweg relativ ähnlich.

Was soll in der Nachsorge geschehen? Die Patienten wünschten sich überwiegend eine aktive Therapie, also gesundheitsfördernde Bewegung in allen geläufigen Formen wie Physiotherapie, gern auch im Wasser, Kraft-Ausdauer-Training, etwa im Fitnessstudio, sowie die „orthopädischen“ Sportarten Schwimmen, Radfahren und Nordic Walking. Die so genannten Anwendungen der physikalischen Therapie wurden gern als Abrundung oder angenehm entspannende Sinneserfahrung miteinbezogen. Information und Beratung waren für einen Teil wichtig.

Wie soll die Nachsorge organisiert sein? Die Teilnehmer legten besonderen Wert auf folgende Punkte:

- Alle beteiligten Institutionen sollten eng zusammenarbeiten, Informationen zügig austauschen und widerspruchsfreie Botschaften kommunizieren
- Fachpersonal sollte die Nachsorgeaktivitäten anleiten oder begleiten, zumindest in größeren Abständen kontrollieren, ob das Richtige geschieht
- Maßnahmen zur Steigerung der Motivation, auch in Form von Bonus-Systemen oder finanziellen Sanktionen, wurden akzeptiert und gewünscht. Motivationssteigernd würden auch Kontrolluntersuchungen erlebt, die den Behandlungsfortschritt zurückmelden.
- Kontinuierliche, zeitlich über mehrere Monate verteilte, wohnortnahe Angebote zu Tageszeiten, die zum Lebensrhythmus passen, wurden von der Mehrheit bevorzugt.

- Tage- oder wochenweise in eine Klinik zu fahren, um den Behandlungsfortschritt zu stabilisieren, die Motivation neu beleben zu lassen oder zu erfahren, welche aktuellen Erkenntnisse es gibt, fand nur bei einem kleineren Teil Zustimmung. Für manche war es eine Notlösung, bei denen die Infrastruktur am Wohnort zu wenig Möglichkeiten bot.
- Die Teilnehmer waren in der Regel bereit, Zuzahlungen zu leisten. Die tolerierte Höhe variierte beträchtlich, oft in Abhängigkeit vom Einkommen. Ähnliches galt für Fahrtzeiten, die sie in Kauf zu nehmen gewillt waren.

6. Ergebnisse der Fragebögen

In diesem Abschnitt berichten wir darüber, wie unsere Untersuchungspersonen den Fragebogen ausgefüllt haben. Ferner prüften wir bei jedem Item den Einfluss von Geschlecht, Alter, Diagnose, Partnerschaft, Berufstätigkeit und Schulabschluss auf die Antworten. Zur Erinnerung: Die Beschreibung der Fragebogenstichprobe findet sich auf Seite 11, der Fragebogen selbst ist im Anhang dokumentiert (Seite 46). Die Angaben sind in aller Regel relative Häufigkeiten (Prozent). Im Text berichten wir meist nur die Hauptergebnisse, für detailliertere Informationen in Tabellenform weisen wir auf den Anhang. Für die zufallskritische Überprüfung von Zusammenhängen verwendeten wir häufig Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Tests. Die Reihenfolge der Ergebnisse richtet sich nach dem Fragebogen.

6.1 Vorsätze und ihre Verwirklichung (Item 1)

Bis auf knapp 5 % hatten sich alle Patienten vorgenommen, irgendwelche nachgehenden gesundheitsfördernden Aktivitäten auszuüben. Der Median lag bei 9 Aktivitäten. Favoriten waren der Vorsatz, sich generell mehr zu bewegen, Gymnastik zu machen, Fahrrad zu fahren und schwimmen zu gehen.

Mehr als die Hälfte wollte die Ernährung umstellen, Nordic Walking betreiben, ein Fitnessstudio aufsuchen, Entspannungsübungen machen und sich Anwendungen verschreiben lassen. Die Einzelheiten zeigt die Tabelle 4.

Sechs Monate oder länger wurden im Mittel etwa vier Vorsätze in die Tat umgesetzt. 57,7 % gaben an, mindestens vier Aktivitäten mindestens sechs Monate oder *bis jetzt* beibehalten zu haben. Ein gutes Drittel aller Vorsätze wurde *bis heute*, also ca. ein Jahr nach Ende der stationären Rehabilitation verwirklicht. Diese Zahlen liegen etwas unter denen von Gerdes (2004, S. 50). Spitzenreiter sind *mich ganz allgemein*

mehr bewegen und *meine Ernährung umstellen*. Zu zwei Dritteln gar nicht verwirklicht wurden meditative Bewegungsübungen, Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Besuch einer Rückenschule. Bei den meisten Vorhaben gab es zwei Gipfel, die höchsten Werte lagen bei *gar nicht* und *bis heute*; besonders ausgeprägt war dies bei *psychologische Unterstützung suchen*. 20 Patienten nutzten die Möglichkeit, in Freitext weitere Vorhaben anzugeben. Es handelte sich oft um ähnliche Aktivitäten, wie sie auch in der vorgegebenen Liste anzutreffen sind, teilweise präzisiert („einen Crosstrainer anschaffen“). Die Texte sind im Anhang dokumentiert (Seite 51).

Tab. 4: Vorsätze und ihre Verwirklichung bei 142 Patienten der muskuloskelettalen Rehabilitation

Was hatten Sie sich vorgenommen?	vorgenommen		verwirklicht*					
	Häufigkeit	Prozent	gar nicht	ein paar Wochen	mehr als drei Monate	mehr als sechs Monate	bis heute	missing
mich ganz allgemein mehr bewegen	119	83,8	1,7	9,2	8,4	3,4	74,8	2,5
mehr Fahrradfahren	101	71,1	29,7	2,0	5,9	5,0	54,5	3,0
Nordic Walking betreiben	81	57,0	22,2	19,8	11,1	4,9	35,8	6,2
regelmäßig Schwimmen gehen	91	64,1	12,1	16,5	12,1	8,8	44,0	6,6
mehr Sport treiben	66	46,5	18,2	10,6	10,6	12,1	34,8	13,6
aktiv in einem Sportverein mitmachen	56	39,4	37,5	3,6	16,1	7,1	33,9	1,8
regelmäßig ein Fitness-Studio besuchen	72	50,7	34,7	4,2	6,9	5,6	45,8	2,8
regelmäßig selbst gymnastische Übungen machen	111	78,2	8,1	17,1	9,0	12,6	45,0	8,1
mir regelmäßig Krankengymnastik verschreiben lassen	93	65,5	16,1	14,0	17,2	11,8	24,7	16,1
eine Rückenschule besuchen	46	32,4	60,9	15,2	4,3	10,9	6,5	2,2
Bewegungsübungen in der Gruppe unter Anleitung einer Fachkraft machen	64	45,1	35,9	7,8	10,9	12,5	31,3	1,6
meditative Bewegungsübungen (z. B. Qi Gong, Tai Chi) machen	47	33,1	68,1	6,4	6,4	2,1	12,8	4,3
mich einer Selbsthilfegruppe anschließen	47	33,1	66,0	2,1	12,8	4,3	14,9	0,0
mir regelmäßig Massagen oder Anwendungen verschreiben lassen	74	52,1	24,7	30,1	2,7	11,0	26,0	5,5
meine Ernährung umstellen	88	62,0	12,5	6,8	9,1	2,3	65,9	3,4
regelmäßig Entspannungsübungen machen	81	57,0	17,3	21,0	8,6	12,3	35,8	4,9
bei einem Fachmann psychologische Unterstützung suchen	53	37,3	49,1	5,7	0,0	3,8	35,8	5,7
etwa anderes, und zwar:	40	28,2	15,4	2,6	5,1	2,6	41,0	33,3
Ich hatte mir gar nichts vorgenommen	7	4,9						
Mittel			29,4	10,8	8,7	7,4	36,9	6,8

*in Prozent derer, die sich dies vorgenommen hatten

6.1.1. Antworten in verschiedenen Untergruppen

In den verschiedenen Untergruppen gab es teilweise unterschiedlich viele und andersartige Vorsätze. Der größte Unterschied zeigte sich beim Nordic Walking, eine bei Frauen offenbar deutlich beliebtere Aktivität als bei Männern. Betrachtet man jedoch den Umsetzungserfolg, gemessen an der Anzahl der mehr als sechs Monate umgesetzten Vorhaben oder der Anzahl der Personen, die mindestens vier ihrer Vorhaben mindestens sechs Monate umgesetzt haben, so ergeben sich keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Im Einzelnen:

Geschlecht: 73 % der Frauen, aber nur 38 % der Männer hatten sich Nordic Walking vorgenommen ($n = 136$, $Chi^2 = 16,9$, $p < .001$). Ebenso wollten 66,7 % der Frauen Entspannungsübungen weiter betreiben, bei den Männern waren es 43 % ($Chi^2 = 7,5$, $p < .01$). Weitere überzufällige Geschlechtseffekte ergaben sich nicht. Auch in der Anzahl der Vorsätze, die mehr als sechs Monate umgesetzt wurden, gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Alter: Ein schwacher Zusammenhang zeigte sich mit dem Alter: Ältere Menschen nahmen sich insgesamt weniger Aktivitäten vor ($n = 137$, $r = -.19$, $p < .05$), vor allem bei Fitnessstudios, Entspannungsübungen, meditativen Bewegungsübungen, Schwimmen und Sport äußerten sie geringere Absichten ($p < .05$). Die Anzahl der über sechs Monaten durchgehaltenen Aktivitäten war unabhängig vom Alter.

Diagnose: Patienten mit SPA nahmen sich deutlich mehr Aktivitäten vor ($M = 13,8$) als die übrigen Gruppen (8,7 bis 9,2, Varianzanalyse $F = 3,46$, $n = 142$, $p < .01$), und zwar in 12 von 18 Kategorien ($p < .05$). Die größten Unterschiede ergaben sich in *allgemein mehr bewegen*, *mehr Sport treiben* und *mich einer Selbsthilfegruppe anschließen* ($p < .001$). Allerdings konnten die SPA-Patienten im Durchschnitt nicht überzufällig mehr Vorhaben für mehr als sechs Monate durchhalten als die anderen Diagnosegruppen.

Partnerschaft: Die 32 Alleinlebenden wollten durchschnittlich gleich viele Aktivitäten durchführen wie die übrigen 104. Sie haben auch im selben Umfang durchgehalten wie Patienten in fester Partnerschaft.

Schulabschluss und Berufstätigkeit: Der Schulabschluss und die Berufstätigkeit (Vollzeit, Teilzeit, nicht oder mit Unterbrechungen beschäftigt) hatten keinen Einfluss auf Anzahl und Art der Vorhaben für nachgehende Aktivitäten. Auch die Anzahl der

mehr als sechs Monate durchgehaltenen Vorhaben war unabhängig von Schulbildung und Berufstätigkeit.

6.2 Umsetzungshindernisse (Item 2)

Wir fragten die Teilnehmer, woran es lag, wenn sie ein Vorhaben nicht oder nicht lange umsetzen konnten. Die Antwortmöglichkeiten waren eng an Gerdes (2004) angelegt. Fast 40 % verwiesen auf einen Mangel an Schwung, einem Drittel waren die Kosten zu hoch und jeweils etwa einem Viertel fehlte die Zeit oder es gab andere Prioritäten (s. Tabelle 5).

Zum Vergleich: Bei Gerdes (2004) bildeten ebenfalls Schwung und Zeit die Haupthindernisse, das Geld spielte jedoch eine geringere Rolle als in unserer Stichprobe. Ein knappes Viertel der Patienten gab weitere Gründe an. Sie lagen oft im Bereich von sich verschlimmernden oder neuen Beschwerden oder starker beruflicher Belastung. Alle Freitexte finden sich im Anhang (S. 52).

6.2.1. Antworten in verschiedenen Untergruppen

Geschlecht: Frauen gaben im Durchschnitt nicht mehr Hindernisse an als Männer ($M = 2,7 \pm 2,0$ vs. $2,3 \pm 1,4$; $t = 1,17$, n.s.), aber die Schwerpunkte lagen teilweise woanders. So fühlten sich 25,6 % der Frauen, aber nur 10,3 % der Männer überfordert ($Chi^2 = 5,0$, $p < .05$). Ferner vermissten Frauen deutlich häufiger die Unterstützung durch den Arzt (25,6 zu 6,9 %, $Chi^2 = 8,0$, $p < .01$). Andererseits gaben Männer häufiger an, dass es unklar war, wie weit die Kosten ersetzt würden (22,4 zu 7,7 %, $Chi^2 = 6,0$, $p < .05$). Einige fühlten sich unterfordert (8,6 %), was nur auf eine einzige Frau zutraf ($Chi^2 = 4,2$, $p < .05$).

Tab. 5: Hindernisse bei der Umsetzung von Vorhaben, absteigend sortiert, $n = 142$

Hindernis	%
Schwung fehlte	38,7
war mir zu teuer	33,8
zu wenig Zeit	26,8
es gab immer etwas, was wichtiger war	23,2
andere Gründe, und zwar:	22,5
fühlte mich überfordert	18,3
habe keine Unterstützung durch meinen Arzt erhalten	16,9

an meinem Wohnort gibt es zu wenige Möglichkeiten	16,2
es war unklar, wie weit die Kosten ersetzt würden	14,1
die Anfahrt war mir zu weit	9,9
ich hatte keine Beschwerden	9,2
habe nicht viel Nutzen gespürt	8,5
hab mich in der Gruppe nicht wohlfühlt	6,3
fühlte mich unterfordert	4,2
der Sinn war für mich nicht erkennbar	2,1
die Anmeldung war zu umständlich	1,4
es war kein Termin frei	1,4
meine Familie war dagegen	0,0

Alter: Zwischen Anzahl der wahrgenommenen Umsetzungshindernisse und dem Alter ergaben sich keine Zusammenhänge. Leichte Tendenzen bestanden dahingehend, dass es mit steigendem Alter seltener wurde, zu wenig Zeit zu haben ($r = -.26$) und häufiger kein Sinn in einer Aktivität erkannt werden konnte ($r = .25$; $p < .05$).

Diagnose: Die Diagnose hing nicht bedeutsam mit der Anzahl der Umsetzungshindernisse zusammen, jedoch gab es unterschiedliche Schwerpunkte. Während bei TEP-Patienten Beschwerdefreiheit der häufigste Grund für Passivität war (22 %), waren es bei den Arthritikern *keine Zeit* und Überforderung (jeweils 39 %), bei den SPA-Patienten mangelndes Wohlfühlen in der Gruppe (25 %), bei den Rückenschmerzpatienten *keine Zeit* (39 %) und bei der Gruppe mit Fibromyalgie *zu wenig Möglichkeiten am Wohnort* (36 %) und Überforderung (32 %). Einzelheiten finden sich auf Seite 53.

Partnerschaft: Alleinlebende gaben nicht mehr und keine anderen Hindernisse an als Patienten in fester Partnerschaft.

Berufstätigkeit: 44,4 % der Vollzeit- und 47,6 % der Teilzeitbeschäftigten gaben als Hindernis *keine Zeit* an. Bei den gar nicht oder nur mit Unterbrechungen Berufstätigen waren es nur 9,8 % ($n = 127$, $Chi^2 = 19,8$, $p < .001$). Die Teilzeitbeschäftigten erlebten weniger Unterstützung durch den Arzt (42,9 %) als die Vollzeitkräfte (6,7 %) und die übrigen Probanden (11,5 %; $Chi^2 = 15,9$, $p < .001$). In der Anzahl der benannten Hindernisse ergaben sich keine Unterschiede. Alle Teilzeitbeschäftigten waren weiblich.

Schulabschluss: Ein niedrigerer Schulabschluss hing zusammen mit Hindernissen durch hohe Kosten ($n = 131$, $Chi^2 = 12,9$, $p < .01$) und langen Anfahrtswegen ($Chi^2 = 9,3$, $p < .05$). In der Anzahl der benannten Hindernisse ergaben sich keine Unterschiede.

6.3 Hilfen bei der Umsetzung (Item 3)

Am hilfreichsten empfanden die Patienten die vorausgegangenen Erfahrungen in der Rehabilitation und die unmittelbar erlebte Linderung der Beschwerden, s. Tabelle 6.

Tab. 6: Hilfreiche Faktoren bei der Umsetzung von Vorhaben.

Was hat geholfen?	%
Ich spürte, dass es mir hilft	70,4
die Erfahrungen in der Reha	61,3
Pflichtgefühl: Dass ich mich verpflichtet fühle, selbst etwas für meine Gesundheit zu tun, damit ich anderen nicht zur Last falle	48,6
Selbstdisziplin: Wenn ich etwas als richtig erkannt habe, dann mache ich es, auch wenn ich manchmal keine Lust dazu habe	48,6
Unterstützung durch meine Familie	45,8
Es machte irgendwie Spaß	45,1
Unterstützung durch meinen Arzt	33,1
Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht	26,8
Die Krankenkasse oder die Rentenversicherung haben mir ein Angebot gemacht	9,2
Die anderen in der Gruppe haben mich mitgezogen	7,0
Etwas anderes, was mir geholfen hat:	6,3
Gute Vorbilder in meinem Bekanntenkreis	3,5

Bemerkenswert: Etwa die Hälfte gibt Pflichtgefühl und Selbstdisziplin als hilfreiche Faktoren an. Dagegen spielten Vorbilder kaum eine Rolle. Alle Freitexte zu dieser Frage finden sich im Anhang (Seite 53).

6.3.1. Antworten in verschiedenen Untergruppen

Geschlecht: Männer und Frauen gaben im Durchschnitt gleich viele Faktoren an (ca. 4), die ihnen bei der Umsetzung ihrer Vorhaben geholfen haben. Auch bei der Art der Faktoren ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede.

Alter: Für Ältere spielte das Pflichtgefühl („Dass ich mich verpflichtet fühle, selbst etwas für meine Gesundheit zu tun, damit ich anderen nicht zur Last falle“) eine etwas größere Rolle ($r = .27$, $p < .01$).

Diagnose: Mehr SPA-Patienten erhielten Angebote von ihrer Krankenkasse oder Rentenversicherung ($Chi^2 = 19,9$, $p < .001$). Das *Pflichtgefühl* spielte bei Rückenschmerz- und SPA-Patienten eine geringere Rolle als bei den übrigen ($Chi^2 = 10,0$, $p < .05$).

Partnerschaft: Für Alleinlebende fiel die *Unterstützung durch meine Familie* erwartungsgemäß geringer aus (12,5 vs. 56,7 %, $p < .001$), andere Unterschiede gab es nicht.

Berufstätigkeit: Weniger Teilzeitbeschäftigte erfuhren ihren Arzt als hilfreich (4,8 % gegenüber 33,3 % bei Vollzeittätigkeit und 42,6 % bei keiner oder unterbrochener Berufstätigkeit; $Chi^2 = 10,1$, $p < .01$). Auch das *Pflichtgefühl* war bei weniger Teilzeitbeschäftigten eine Hilfe (28,6 vs. 44,4 vs. 59,0 %; $Chi^2 = 6,3$, $p < .05$).

Schulabschluss: Mit dem Schulabschluss ergab sich nur ein Zusammenhang: Hauptschüler gaben am häufigsten an, von den Erfahrungen in der Reha profitiert zu haben, gefolgt von Abiturienten, Personen ohne Abschluss und Realschülern (77,8 vs. 60,1 vs. 50,0 vs. 44,9 %; $Chi^2 = 10,8$, $p < .05$).

6.4 Zeit, Geld, Wege (Items 4 bis 8)

Etwa 84 % haben ihre Nachsorgeaktivitäten sofort oder im Monat nach der stationären Rehabilitation begonnen. Vielen fiel es offenbar schwer anzugeben, wie viel Geld sie dafür aufwenden mussten, wie hoch die Zuschüsse waren, wenn sie welche bekamen (18 %), und wie viel Zeit sie für Aktivität und Fahrt benötigten. Jedenfalls gab es in diesem Fragenbereich größere Anteile fehlender Daten. Auf eine Auswertung nach Untergruppen haben wir daher verzichtet. Im Mittel wurden 40 € pro Woche für 4 Stunden Aktivitäten ausgegeben. Die durchschnittliche Zeit für gesundheitsfördernde Aktivitäten wurde mit 4 Stunden pro Woche angegeben, zusätzlich kamen 1,5 Stunden Wegezeiten hinzu (Mediane; sehr schiefe Verteilungen. Alle Einzelheiten s. Seite 54).

Berufstätigkeit: Am schnellsten haben die voll Berufstätigen mit Nachsorgeaktivitäten begonnen (*sofort angefangen*: 80,0 % vs. 66,7 % der Teilzeitbeschäftigten und 57,9 % der übrigen; $Chi^2 = 12,7$ $p < .05$).

Alter: Während das Durchschnittsalter derer, die *sofort* angefangen hatten, bei 49,9 Jahren lag, waren die, die mehr als zwei Wochen gewartet hatten, 52,0 Jahre alt. Bei

mehr als einem Monat Wartezeit betrug das Durchschnittsalter 57, und bei noch längerem Zögern 60,8 Jahre (Varianzanalyse, $F = 3,40$, $p < .05$).

Zwischen den Geschlechtern, den Lebensformen (allein oder Partnerschaft) und den Schulabschlüssen ergaben sich in dieser Hinsicht keine Unterschiede.

Schneller Beginn führte nicht zu einem besseren Durchhalten der Aktivitäten.

6.5 Belohnungssysteme (Item 9)

Einige Kostenträger haben Belohnungssysteme eingeführt. Beispiel: Wer an einer gesundheitsfördernden Aktivität teilnimmt, erhält einen finanziellen Zuschuss – aber nur bei wirklich regelmäßiger Teilnahme. Wir fragten die Patienten, ob sie solche Regelungen als hilfreich empfinden.

53 % gaben an, dass sie eine Kontrolle und Sanktionierung ihrer Aktivitäten durch die Kostenträger als hilfreich empfunden hätten, 30 % verneinten dies. Dabei wurde dies Verfahren von den Patienten ohne Schulabschluss und mit Hauptschulabschluss häufiger als hilfreich angegeben, als von den Patienten mit höheren Abschlüssen (100 und 84,6 % vs. 54,6 und 59,3 %; $Chi^2 = 10,8$ $p < .05$). Von den Fibromyalgiepatienten empfanden 36,4 % eine Kontrolle als hilfreich, während es bei den übrigen Diagnosen meist über zwei Drittel waren ($Chi^2 = 13,6$ $p < .01$). Wer sich für eine Kontrolle aussprach, war im Mittel 5,8 Jahre jünger als der, für den Kontrolle keine Hilfe darstellte ($t = 2,60$, $p < .05$). Weitere Details s. Seite 54.

6.6 Vermisste Unterstützung (Item 10)

Wir fragten: Was haben Sie vermisst? Welche Art von Unterstützung durch Ärzte, Krankenkassen, Rentenversicherung oder Arbeitgeber hätte Ihnen geholfen, länger oder intensiver etwas für die eigenen Gesundheit zu tun? Hierzu äußerten sich 57 Patienten (40 %), die sehr aufschlussreichen Äußerungen sind auf den Seiten 55 ff aufgeführt. Der Tenor lautet:

- Die verschiedenen Institutionen (Hausarzt, Versicherungen, Arbeitgeber) informieren nicht ausreichend, werden von sich aus nicht aktiv und arbeiten nicht zusammen
- Wünsche der Patienten werden gar nicht oder, oft nach „Betteln“, nur in Ansätzen erfüllt oder sind zu teuer.

Eine 43-jährige Frau mit Fibromyalgie fasst Ihre Erfahrungen lapidar so zusammen: „Krankenkasse hat gar nichts unternommen, Arbeitgeber hat gekündigt. Rentenversicherung wie Krankenkasse. Ärzte erzählen, dass ihnen die Hände gebunden sind.“

Nicht wenige fühlen sich offenbar allein gelassen, herumgestoßen und von unverständlichen Entscheidungen betroffen. Andererseits ist kaum zu sehen, dass die Rolle eines eigenverantwortlichen Mitgestalters erkannt oder angenommen wurde. Äußerungen wie die eines 63-jährigen Mannes mit Rückenschmerzen „man sollte sich immer selbst intensiv um diese Dinge kümmern“ waren die absolute Ausnahme. Es ist den Kliniken bei diesem guten Drittel der Patienten während der stationären Behandlung anscheinend nicht gelungen, attraktive und praktikable Heimübungsprogramme zu vermitteln und den Wunsch nach wenig effektiven Behandlungen wie Massagen zu mindern. Es bleibt offen, ob dem ein Mangel der Therapieprogramme zugrunde liegt oder ob wir einen Teil der Patienten mit solchen Vorstellungen einfach überfordern.

6.7 Reha-Erfolg und Gesundheitszustand (Items 12 bis 14)

Wie schätzen die Betroffenen selbst den Erfolg ihrer stationären Rehabilitation ein? 53,6 % der Befragten gaben an, dass ihnen die Rehabilitation *viel* oder *sehr viel* geholfen habe. 23 % äußerten, dass die Reha *gar nicht* oder nur *ein wenig* geholfen habe. Der Erfolg hielt bei 44,7 % *mindestens sechs Monate* oder *bis jetzt* an (vergleiche auch Gerdes, 2004, der hier günstigere Werte berichtet). Entsprechend bezeichneten knapp 40 % ihren jetzigen Gesundheitszustand als *gut* bis *ausgezeichnet*, über die Hälfte jedoch als *weniger gut* oder *schlecht*. Alle Werte finden sich in den Tabellen auf Seite 59 f. Im Folgenden noch einige Details zu verschiedenen differenziellen Effekten.

6.7.1. Hilfe durch die Reha

Am meisten profitiert haben nach ihrem eigenen Eindruck die Vollzeitbeschäftigten, die Hauptschüler und die Patienten mit Gelenkoperationen, am wenigsten Erfolge sahen die Patienten ohne ununterbrochene Berufstätigkeit, mit Realschulabschluss und die Fibromyalgiepatienten (ausnahmslos alle Patienten ohne ununterbrochene Berufstätigkeit und zwei Drittel der Fibromyalgiepatienten sind Frauen).

6.7.2. Dauer des Reha-Erfolgs

Bei ca. 40 % der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten hielt der Reha-Erfolg mehr als sechs Monate oder bis zum Zeitpunkt der Befragung an, bei 50 % gar nicht oder nur ein paar Wochen. Bei den Patienten ohne ununterbrochene Berufstätigkeit war das Verhältnis ca. 60 zu 30 %. In Bezug auf den Schulabschluss hatten die Abiturienten die längste Dauer des Reha-Erfolgs zu verzeichnen (52 % *bis jetzt*). TEP- und SPA-Patienten berichteten die längste Dauer des Erfolges, FMS-Patienten die kürzeste bzw. gar keine. Weitere Details s. Seite 60.

6.7.3. Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen

Frauen, Teilzeitkräfte, Realschüler und Fibromyalgiepatienten klagten am häufigsten über einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand, s. Seite 62 f.

6.8 Verwirklichung der Vorsätze, Reha-Erfolg und Gesundheitszustand

An dieser Stelle prüfen wir, ob unsere Daten in Einklang stehen mit folgenden Vermutungen:

- mehr Reha-Erfolg motiviert zu länger durchgehaltenen Aktivitäten
- länger durchgehaltene Aktivitäten führen zu einem längeren Anhalten des Reha-Erfolgs und zu einem besseren aktuellen Gesundheitszustand

Patienten, die Hilfe durch die Reha *gar nicht* oder nur *ein wenig* erfahren hatten, waren zu 50 % darin erfolgreich, mindestens vier ihrer Vorhaben mindestens für sechs Monate umzusetzen. Patienten, die *sehr viel* Reha-Erfolg spürten, taten dies jedoch zu 83 %, s. Tabelle 7.

Tab. 7: Reha-Erfolg und mindesten 4 Aktivitäten, die mindestens 6 Monate durchgehalten wurden

Reha-Erfolg	Aktivitäten	
	nicht durchgehalten	durchgehalten
gar nicht	50,0	50,0
ein wenig	50,0	50,0
mittelmäßig	62,5	37,5
viel	43,9	56,1
sehr viel	17,1	82,9

$n = 134$, $Chi^2 = 13,0$, $p < .01$

Zwischen guter Umsetzung von Vorhaben und Dauer des Reha-Erfolges bestand jedoch kein überzufälliger Zusammenhang.

Patienten, die mindestens vier ihrer Vorhaben mindestens sechs Monate umgesetzt hatten, gaben ihren *Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen* zu 22,4 % als *ausgezeichnet* oder *sehr gut* an; bei den übrigen Patienten waren es nur 7,5 %. Allerdings: Jeweils 57 % in beiden Gruppen beklagten einen *weniger guten* oder *schlechten* Gesundheitszustand. Trotzdem war die Abweichung von der Gleichverteilung signifikant, s. Tabelle 8.

Tab. 8: Mindestens 4 Aktivitäten mindestens 6 Monate durchgehalten und aktueller Gesundheitszustand. Angaben in Zeilenprozenten.

4 Aktivitäten mehr als 6 Monate	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
nicht durchgehalten	1,9	5,6	35,2	29,6	27,8
durchgehalten	6,6	15,8	21,1	48,7	7,9

$n = 130$, $Chi^2 = 17,3$, $p < .01$

6.9 Zusammenfassung: Fragebogenergebnisse

- Patienten hatten sich im Mittel neun Aktivitäten vorgenommen, vor allem sich generell mehr zu bewegen, Gymnastik zu machen, Fahrrad zu fahren und schwimmen zu gehen, bei Frauen auch Nordic Walking.
- Über 80 Prozent haben sofort oder im ersten Monat nach der stationären Rehabilitation begonnen, ihre Absichten zu realisieren. Etwa vier dieser Vorhaben wurden sechs Monate oder länger in die Tat umgesetzt. Ein gutes Drittel aller Vorsätze wurde bis zum Zeitpunkt der Befragung verwirklicht. Im Mittel gaben die Befragten an, vier Stunden pro Woche für ihre Gesundheit aktiv zu sein (plus 1,5 Stunden Wegezeit) und dafür 40 € auszugeben.
- Umsetzungshindernisse sahen fast vierzig Prozent der Patienten vor allem bei sich selbst („Schwung fehlte“), einem Drittel – insbesondere Patienten mit niedrigem Schulabschluss – waren die Kosten zu hoch, jeweils ein Viertel hatte zu wenig Zeit (vor allem die Berufstätigen) oder andere Prioritäten. Viele TEP-Patienten sahen wegen Beschwerdefreiheit keine Notwendigkeit zu weitergehenden Aktivitäten. Bei je einem Drittel der Arthritiker und der Fibromyalgiepatienten war das Gefühl der Überforderung ein Hauptgrund. Aus den Freitexten wurde ersichtlich,

dass anhaltende Beschwerden, Verschlimmerungen oder neu aufgetretenen ernste Gesundheitsprobleme weitere bedeutsame Hinderungsgründe darstellten.

- Fördernde Faktoren waren bei 70 Prozent die erfahrene Wirksamkeit ihrer Aktivitäten sowie bei etwa 60 Prozent die vorangegangenen Erfahrungen in der stationären Rehabilitation. Bei etwa 45 bis 50 Prozent erleichterten *machte Spaß*, Unterstützung durch die Familie, Selbstdisziplin und Pflichtgefühl, insbesondere bei älteren Patienten, das Durchhalten. Ein Belohnungssystem durch Kostenträger hätte mehr als die Hälfte als hilfreich empfunden, vor allem jüngere Patienten und solche mit geringeren Schulabschlüssen.
- Etwa ein Drittel der Patienten äußerte sich in frei formulierten Texten, hauptsächlich mit folgender Tendenz: Die verschiedenen Institutionen (Hausarzt, Versicherungen, Arbeitgeber) informieren nicht ausreichend, werden von sich aus nicht aktiv und arbeiten nicht zusammen; Wünsche der Patienten werden gar nicht oder – oft nach „Betteln“ – nur in Ansätzen erfüllt oder sind zu teuer.
- Mehr als die Hälfte der Patienten gab an, dass die stationäre Rehabilitation viel oder sehr viel geholfen habe. Wer seinen Reha-Erfolg rückblickend als größer ansah, hielt auch seine Nachsorgeaktivitäten länger durch. Nach länger durchgehaltenen Aktivitäten wurde ein etwas besserer aktueller Gesundheitszustand angegeben.

7. Diskussion der Ergebnisse

Dies ist die erste Studie zum Thema Nachsorge, die die Wünsche und Erfahrungen der Betroffenen selbst in den Mittelpunkt stellt. Wir führen zunächst einige methodische Beschränkungen an und möchten dann die wichtigsten Schlussfolgerungen aus unseren Ergebnissen ziehen.

7.1 Einschränkungen dieser Studie

Stichprobe: Wir hatten ursprünglich eine größere und ausgewogenere Stichprobe geplant. So ist der Anteil der Rückenschmerzpatienten mit vierundvierzig Prozent eigentlich zu groß, die Gruppe der Spondarthritiden mit acht und zwölf Prozent zu klein geraten. Die Ursachen lagen in organisatorischen Schwierigkeiten und dem Umstand begründet, dass in zwei der beteiligten Kliniken gar keine Patienten mit *rheumatischen* Erkrankungen zu rekrutieren waren. Andererseits halten wir das nicht für ausschlaggebend. Denn es stellte sich bei den Interviewern schnell der deutliche

Eindruck ein, dass die Variation zwischen den Gruppen gering ist, –gleich, ob sie nun von derselben Diagnose betroffen waren oder von verschiedenen. In dieselbe Richtung weisen auch die Korrelationen der quantitativen Analyse. Wir können uns nur schwer vorstellen, dass weitere Fokusgruppen ganz andersartige Ergebnisse erbracht hätten.

Auswertung der Fokusgruppen: Die Durchführung von Fokusgruppen stellt einen wichtigen methodischen Zugang bei Studien mit explorativem Charakter dar, solange man sich über die Beschränkungen dieser Methode im Klaren ist: Sie ist eher hypothesengenerierend als hypothesenprüfend. Insofern bedürfen unsere Ergebnisse einer Überprüfung mit anderen Methoden. Für manche Aspekte geschah das durch unseren Fragebogen. Ferner: Aus den Gruppen hätten sich mehr und zuverlässigere Erkenntnisse gewinnen lassen, wenn nicht nur der Ton, sondern auch das Bild aufgezeichnet worden wäre und bestimmte Aspekte wie Stärke des Anpassungsdrucks in der Gruppe, Glaubwürdigkeit der Äußerungen, Stärke der Motivation u.a.m. durch zwei oder drei unabhängige Beurteiler eingeschätzt worden wären, mit überprüfbarer Reliabilität dieser Ratings.

Fragebogen: Problematisch erscheint uns, dass wir Patienten in unserem Fragebogen bitten zu erinnern, was sie sich vor einem Jahr vorgenommen hatten. Nach allem, was wir aus der Gedächtnisforschung wissen, lässt sich die Validität dieser Angaben mit guten Gründen bezweifeln. In der Tat scheint es uns wenig wahrscheinlich zu sein, dass sich die Patienten tatsächlich *im Durchschnitt* neun Aktivitäten vorgenommen hätten. Andererseits stimmte zumindest die Tendenz: Die Fragebogenantworten wiesen in dieselbe Richtung wie die Fokusgruppen: Bewegungstherapie in jeder Form war hier wie dort der Favorit.

Auch die Angaben zur Dauer und Anzahl der durchgehaltenen Aktivitäten und zu der Höhe der hierzu nötigen Geld- und Zeitaufwendungen scheinen uns mit einem Glaubwürdigkeitsmangel behaftet zu sein. Doch selbst, wenn man unterstellt, dass alle Patienten der Fokusgruppen, die sich am Fragebogenausfüllen nicht beteiligt haben, gar nichts getan haben und die Responder nur die Hälfte von dem, was sie angeben, blieben im Durchschnitt pro Patient ein bis zwei Aktivitäten übrig, die länger als sechs Monate beibehalten wurden. Das ist nicht wenig, wie jeder weiß, der es selbst einmal versucht hat.

Es wäre aufschlussreicher gewesen, das Durchhalten einer Aktivität im Fragebogen genauer zu definieren, und zwar durch Angaben von Frequenzen und Zeiten. Formulierungen wie „mehr Fahrrad fahren“ oder „regelmäßig Schwimmen gehen“ sind recht vage und luden die Befragten zu großzügiger Interpretation ein.

7.2 Schlussfolgerungen

Wir möchten folgende vorläufige Schlussfolgerungen aus unseren Ergebnissen ziehen:

1. Patienten wollen das Richtige

Im Großen und Ganzen haben Patienten das Grundkonzept der muskuloskelettalen Rehabilitation verstanden und akzeptiert. Sie kennen die zentrale Bedeutung der Bewegungstherapien und sind gewillt, trainierende Bewegungsformen auszuüben. Sie tun das auch – nach unseren Ergebnissen in größerem Umfang, als vielfach angenommen wird.

2. Patienten brauchen ein verständliches, widerspruchsfreies Behandlungskonzept

Demotivierend und verwirrend wirkt es, wenn die Ärzte und Therapeuten der operierenden Klinik, der Reha-Klinik und des niedergelassenen Bereichs jeweils andere, ja möglicherweise gegensätzliche Behandlungsansätze vertreten. Patienten wünschen sich, dass alle Beteiligten dieselben, zutreffenden Botschaften vermitteln. Hierzu gehört auch, dass Nachbehandelnde die Dokumente der Vorbehandelnden zur Kenntnis nehmen und Abweichungen von deren Empfehlungen mit dem Patienten diskutieren. Möglicherweise bietet die Integration von Rehabilitation in Disease-Management-Programme hier Ansätze zu einer Verbesserung.

3. Patienten benötigen mehr Befähigung und Hilfe beim Abbau von Ängsten

Wir waren überrascht, wie groß der Wunsch nach Anleitung und Kontrolle durch Fachpersonal war, nicht zuletzt getragen durch Ängste vor „falschen“ Bewegungen. Offenbar waren viele Patienten nicht befähigt worden, eigenständig Bewegungsübungen durchzuführen. Manche sind durch komplizierte Übungen und häufiges Korrigieren der Sport- und Physiotherapeuten zu dem Schluss gekommen, dass man beim selbständigen Üben leicht etwas falsch machen könnte, mit möglicherweise verhängnisvollen Folgen. Dabei kommen aufgrund fehlender Evidenz verschiedene Fachleute nicht selten zu unterschiedlichen oder gar gegensätzlichen Aussagen darüber, wie man die Übungen richtig macht. Das verwirrt die Pa-

tienten und führt letztlich zu einer ängstlichen Passivität. Bei einem Teil der Patienten *sinken* internale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen (Höder et al. 2007).

4. Patienten müssen mit einem konkreten Nachsorgeplan die Klinik verlassen

Ärzte, Therapeuten und Sozialpädagogen den Reha-Kliniken sollten ihre Patienten vom ersten Tag an nicht nur auf die Notwendigkeit einer längerfristigen Nachsorgeaktivität hinweisen, sondern ihnen helfen, Nachsorge konkret zu organisieren. Hierzu gehören Informationen darüber, welche Art Nachsorge geeignet ist und wer sie anbietet, ferner Anleitung zur selbständigen Recherche, Versorgung mit geeigneten Adressen, direkte Anmeldung bei einem Leistungserbringer u.a.m. Kein Patient sollte erst zu Hause mit der Suche beginnen müssen. Strukturierte konzeptionelle Programme wie IRENA, die direkt aus der Klinik angeregt werden, könnten viel mehr bekannt gemacht und genutzt werden (vgl. Köpke 2005, S. 347).

5. Patienten brauchen aktive Unterstützung

Vierzig Prozent der Patienten räumten ein, dass ihnen der Schwung fehle, ihre Vorhaben in die Tat umzusetzen. Daher müsste eine Initiative in vielen Fällen von den zuständigen Institutionen ausgehen: aktiv auf die Patienten zugehen, sie informieren, welche Formen der Nachsorge bei welcher Einrichtungen für sie infrage kommt und sie ermutigen teilzunehmen. Generell fehlt es an einem Casemanagement für den ganzen Rehabilitationsprozess. Die Gemeinsamen Servicestellen sind wenig bekannt und – nach den Erfahrungen unserer Patienten – wenig hilfreich. Hausärzte haben in der Regel weder den Wunsch noch die Fähigkeit, die Rolle zu übernehmen, die ihnen u.a. auch der Gemeinsame Bundesausschuss zugedacht hat: „Vertragsarzt, Krankenkasse und Versicherte wirken gemeinsam darauf hin, dass die Empfehlungen umgesetzt werden.“ (Richtlinien des GBA zur medizinischen Rehabilitation, § 14)

6. Patienten brauchen einfache, praktikable Angebote

Hierzu gehört vor allem die Möglichkeit längerfristiger, kontinuierlicher wohnortnaher Maßnahmen zu günstigen Zeiten, versehen mit finanziellen Zuschüssen und Anreizen. Längerfristig bedeutet mehrere Monate. Patienten wollen sich nicht immer wieder neu um Maßnahmen bemühen müssen. Außerdem führen nur längere Maßnahmen zu einem Gewöhnungseffekt, der für selbständige Lebensstiländerungen erleichternd ist. – Für wenig mobile Patienten oder solche in Wohnorten,

denen die nötige Nachsorge-Infrastruktur fehlt, wären Auffrischungswochen in stationären Einrichtungen und postalische oder telefonische Begleitkontakte eine Alternative.

7. Patienten brauchen fachliche Begleitung

Die fachliche Begleitung in der Nachsorge, zum Beispiel durch Sportlehrer, hat drei Aufgaben. Sie hilft den Patienten, die weit verbreiteten Ängste vor „falschen“ Bewegungen abzubauen, sie trägt dazu bei, die Motivation aufrecht zu erhalten (u.a. durch Rückmeldung von Fortschritten) und, nicht zuletzt, sie gibt fachlich korrekte Informationen und Ratschläge, die Patienten befähigen, allmählich zu einem angstfreien, kompetenten Selbstmanagement zu gelangen. Letztlich muss es das Ziel der fachlichen Begleitung sein, sich selbst überflüssig zu machen.

8. Anhang

8.1 Leitfaden für Gruppendiskussion

Leitfaden Fokus-Gruppen Nachsorge

Grundsätzlich

Die Gruppengespräche erfolgen patientenzentriert. Der Interviewer hat folgende grundsätzliche Aufgaben:

- Entwicklung eines angstfreien Gruppenklimas
- Einbeziehung aller Patienten, Nachfragen bei spontan schweigenden Teilnehmern
- Klärendes Paraphrasieren, Zusammenfassen, Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden
- Keine Bewertungen von Äußerungen, keine Lenkung in eine bestimmte Richtung

Ablauf

Dank fürs Kommen

Interviewer stellt sich vor

Erläuterung des Projektes (auch schriftlich verteilen, s. Extrablatt)

Zusicherung der Anonymität

Erlaubnis zur Tonbandaufnahme

Einleitende Frage und weitere Fragen, s. Extrablatt

Abschluss und Dank fürs Mitmachen

8.2 Patienteninformation

Patienteninformation zum Forschungsprojekt Nachsorge

In letzter Zeit hört man im Zusammenhang mit der Rehabilitation häufiger das Wort Nachsorge. Auf dieser Seite erläutern wir Ihnen, was das bedeutet und was wir erforschen wollen.

Was bedeutet Nachsorge?

In den letzten zehn Jahren haben die Wissenschaftler immer mehr darüber herausgefunden, welche Erfolge die Reha eigentlich hat. Ihr Hauptergebnis lautet: Die Reha kann durchaus gute Ergebnisse erzielen, aber das Problem ist: Der Behandlungserfolg hält nicht lange genug an. Die positiven Auswirkungen sind oft schon nach einigen Monaten wieder verschwunden.

Deshalb soll es in Zukunft mehr Nachsorge geben. Das heißt: Nach Abschluss der stationären Reha-Maßnahme soll etwas geschehen, was Ihnen hilft, den Therapieerfolg zu sichern oder sogar noch weiter zu steigern.

Wie soll die Nachsorge aussehen?

Während sich alle einig sind, dass es mehr Nachsorgeangebote geben sollte, herrscht noch keine Einigkeit darüber, wie diese Nachsorge am besten gestaltet werden soll. Hier setzt unser Forschungsprojekt an. Wir glauben, dass die Patienten selbst ein wichtiges Wort mitzureden haben. Angebote, die an den Bedürfnissen der Patienten vorbeigehen, werden sicher keinen Erfolg haben. Daher lautet unsere Forschungsfrage: Welche Art Nachsorge wollen die Betroffenen?

Wie gehen wir vor?

Unsere Forschung läuft in zwei Stufen ab. In Stufe eins bitten wir Patienten mit derselben Erkrankung zu Gesprächen in kleinen Gruppen. Dort können sie frei ihre Meinung und ihre Wünsche zum Thema Nachsorge aussprechen. Die Äußerungen werden auf Tonband aufgenommen und vollkommen anonym (ohne Namensnennung) ausgewertet. Dabei untersuchen wir, welche Bedürfnisse oder Vorlieben häufig vorkommen, also typisch für eine Patientengruppe sind, und welche nur bei einzelnen Personen vorhanden sind.

In Stufe zwei formulieren wir aus den typischen Äußerungen Fragen für einen Fragebogen. Nach etwa einem Jahr schicken wir Ihnen diesen Fragebogen zu, um zu erfahren, was Ihnen in der Zwischenzeit an Nachsorge möglich war, welche Nachsorgeangebote Sie in Anspruch nehmen konnten und welche nicht. Danach setzen wir uns dafür ein, dass die Patientenmeinung in der praktischen Umsetzung der Nachsorge nicht zu kurz kommt.

Wer sind wir?

Die Studie wird geleitet von der Wissenschaftlerin am Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Lübeck, Dr. Ruth Deck, und von dem leitenden Psychologen der Rheumaklinik Bad Bramstedt, Dr. Jürgen Höder. Sie wird finanziell gefördert von der LVA Schleswig-Holstein.

Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
Tel. 04 51 / 7 99 25 13

Dr. Jürgen Höder
Rheumaklinik Haus Nord
24572 Bad Bramstedt
Tel. 0 41 92 / 90-23 59

8.3 Fragebogen

Fragebogen zu Nachsorgeaktivitäten

1. Bitte kreuzen Sie zuerst links in der Tabelle an, was Sie sich am Ende des Reha-Aufenthaltes vorgenommen hatten und dann auf der rechten Seite, wie lange Sie Ihr Vorhaben verwirklicht haben.

Was hatten Sie sich vorgenommen?		Und wie lange haben Sie Ihr Vorhaben in die Tat umgesetzt?				
		gar nicht	ein paar Wochen	mehr als drei Monate	mehr als sechs Monate	bis heute
Ich wollte ...						
<input type="checkbox"/> ... mich ganz allgemein mehr bewegen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... mehr Fahrradfahren	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... Nordic Walking betreiben	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... regelmäßig Schwimmen gehen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... mehr Sport treiben	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... aktiv in einem Sportverein mitmachen ..	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... regelmäßig ein Fitness-Studio besuchen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... regelmäßig selbst gymnastische Übungen machen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... mir regelmäßig Krankengymnastik verschreiben lassen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... eine Rückenschule besuchen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... Bewegungsübungen in der Gruppe unter Anleitung einer Fachkraft machen ...	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... meditative Bewegungsübungen (z. B. Qi Gong, Tai Chi) machen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... mich einer Selbsthilfegruppe anschließen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... mir regelmäßig Massagen oder Anwendungen verschreiben lassen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... meine Ernährung umstellen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... regelmäßig Entspannungsübungen machen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... bei einem Fachmann psychologische Unterstützung suchen	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... etwa anderes, und zwar:	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich hatte mir gar nichts vorgenommen

2. Wenn Sie etwas gar nicht oder nicht lange umsetzen konnten, woran lag es?

Sie können mehrere Kreuze machen

- zu wenig Zeit
- Schwung fehlte
- es gab immer etwas, was wichtiger war
- fühlte mich überfordert
- war mir zu teuer
- es war unklar, wie weit die Kosten ersetzt würden
- habe keine Unterstützung durch meinen Arzt erhalten
- hab mich in der Gruppe nicht wohlfühlt
- die Anfahrt war mir zu weit
- meine Familie war dagegen
- habe nicht viel Nutzen gespürt
- die Anmeldung war zu umständlich
- ich hatte keine Beschwerden
- der Sinn war für mich nicht erkennbar
- es war kein Termin frei
- fühlte mich unterfordert
- an meinem Wohnort gibt es zu wenige Möglichkeiten
- andere Gründe, und zwar: _____

3. Wenn Sie etwas gut und anhaltend umsetzen konnten, was hat Ihnen dabei geholfen?

Sie können mehrere Kreuze machen

- die Erfahrungen in der Reha
- Unterstützung durch meine Familie
- Unterstützung durch meinen Arzt
- Ich spürte, dass es mir hilft
- Es machte irgendwie Spaß
- Gute Vorbilder in meinem Bekanntenkreis
- Die Krankenkasse oder die Rentenversicherung haben mir ein Angebot gemacht
- Pflichtgefühl: Dass ich mich verpflichtet fühle, selbst etwas für meine Gesundheit zu tun, damit ich anderen nicht zur Last falle
- Selbstdisziplin: Wenn ich etwas als richtig erkannt habe, dann mache ich es, auch wenn ich manchmal keine Lust dazu habe
- Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht
- Die anderen in der Gruppe haben mich mitgezogen
- Etwas anderes, was mir geholfen hat: _____

4. Wie viel Zeit verging zwischen Ende der Reha und Beginn Ihrer gesundheitsfördernden Aktivitäten?

- keine, habe sofort angefangen
- mehr als zwei Wochen
- mehr als ein Monat
- mehr als drei Monate

5. Wie viel Geld mussten Sie pro Monat für Ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten ausgeben (ohne Praxisgebühren oder Medikamentenkosten)?

_____ Euro

6. Haben Sie dafür irgendwelche Zuschüsse erhalten?

nein

ja, der Zuschuss kam von _____

Höhe des Zuschusses _____ Euro

7. Wie viel Zeit haben Sie pro Woche für Ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten aufgewandt (ohne eventuell nötige Fahrzeiten)?

_____ Stunden

8. Wie viel Zeit für Wege oder Fahrten war pro Woche nötig?

_____ Stunden

9. Manche Patienten haben uns gesagt, dass sie eine gewisse Kontrolle durch die Krankenkasse oder Rentenversicherung gut finden würden, zum Beispiel: Sie erhalten einen Zuschuss für ein Fitness-Studio, aber nur wenn Sie auch regelmäßig hingehen. Finden Sie eine solche Regelung hilfreich?

Ja, das hätte mir geholfen

Nein, das hätte mir nicht geholfen

10. Was haben sie vermisst? Welche Art von Unterstützung durch Ärzte, Krankenkassen, Rentenversicherung oder Arbeitgeber hätte Ihnen dabei geholfen, länger oder intensiver etwas für die eigene Gesundheit zu tun? Bitte hier notieren:

11. Weswegen waren Sie in der Rehabilitation?

- Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation
- chronische Polyarthritits (rheumatoide Arthritis, Gelenkrheuma)
- Bechterewsche Krankheit
- Rückenschmerzen
- Arthrose
- Fibromyalgie
- anderer Krankheit, und zwar: _____

12. Wie sehr hat die stationäre Reha Ihnen damals geholfen?

- gar nicht
- ein wenig
- mittelmäßig
- viel
- sehr viel

13. Wie lange hat der Reha-Erfolg angehalten?

- gar nicht
- ein paar Wochen
- mindestens drei Monate
- mindestens sechs Monate
- bis jetzt

14. Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

Bitte machen Sie hier noch einige Angaben zu Ihrer Person

15. Ich bin

- weiblich
- männlich

17. Ich war in den vergangenen zwölf Monaten ununterbrochen berufstätig

- Vollzeit
- Teilzeit
- gar nicht oder nur mit Unterbrechungen berufstätig

19. Mein Alter

_____ Jahre

16. Ich lebe

- allein
- in fester Partnerschaft

18. Mein höchster Schulabschluss ist

- Abitur, Fachschule
- Realschule
- Hauptschule
- kein Abschluss

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens leisten Sie einen Beitrag zur Verbesserung der Rehabilitation. Vielen Dank!

8.4 Fragebogenstichprobe

Tab. 9: Geschlecht

	n	%
weiblich	78	54,9
männlich	58	40,8
Missing	6	4,2
Summe	142	100,0

Tab. 10: Partnerschaft

	n	%
allein	32	22,5
feste Partner- schaft	104	73,2
Missing	6	4,2
Summe	142	100,0

Tab. 11: Berufstätigkeit

	n	%
Vollzeit	61	43,0
Teilzeit	21	14,8
gar nicht/ unterbrochen	45	31,7
Missing	15	10,6
Summe	142	100,0

Tab. 12: Höchster Schulabschluss

	n	%
Abitur	33	23,2
Realschule	49	34,5
Hauptschule	45	31,7
kein Abschluss	4	2,8
Missing	11	7,7
Summe	142	100,0

8.5 Auswertung der Fokusgruppen

Tab. 13: Interkorrelationen der Themenhäufigkeiten in verschiedenen diagnostischen Gruppen (Kendalls τ). Koeffizienten ab 0,35 sind signifikant ($p < .05$)

	TEP	RÜCKEN	FMS	RA	SPA
TEP		0,66	0,63	0,55	0,32
RÜCKEN	0,66		0,70	0,44	0,35
FMS	0,63	0,70		0,46	0,20
RA	0,55	0,44	0,46		0,13
SPA	0,32	0,35	0,20	0,13	

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RÜCKEN: Rückenschmerzen – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – FMS: Fibromyalgiesyndrom.

8.6 Vorsätze: Freitexte

Freie Antworten auf die Frage: „Was hatten Sie sich vorgenommen? ... etwas anderes, und zwar.“

mehr auf meine innere Stimme hören, meine Grenzen anerkennen

lange Spaziergänge mit dem Hund und reiten

mehr auf rückenschonende Haltung zu achten

nach einem Herzinfarkt Jan. 2005 sind meine Aktivitäten zusätzlich auf Herzgymnastik ausgedehnt

noch mit Ende des Jahres 06 regelmäßig schwimmen gehen

Anschaffung eines Crosstrainers – täglich morgens vor Dienstbeginn ca. 20 Minuten Lauftraining

Schrebergarten nutzen: Gemüse, Kräuter, Blumen. Im Fluss schwimmen. Erholung finden. Freunden mehr helfen.

Massagen regelmäßig für den Schulter-Nacken-Bereich (wird leider nicht durch die AOK genehmigt)

Ich habe mein Gewicht reduziert

in Uni-Klinik um Rat suchen wegen meiner Erkrankung, OP? Nach Abschluss o.g. Vorhaben in Angriff nehmen

Gartenarbeit

1,50-€-Job als Hausmeisterhelfer (Eingliederung) bis in 10 Monaten vielleicht ein fester Arbeitsplatz möglich ist

Wassergymnastik in der Gruppe unter Anleitung einer Fachkraft (Winterhalbjahr) statt Fahrrad fahren, Walking

Aktivitäten (Hobbys), die ablenken und Spaß machen (mit dem Partner oder Freundinnen)

Vitametic

Gartenarbeit

Meine Bewegung wird durch Haus und Garten gefordert. Meine Freizeit sieht so aus: Chorproben und Auftritte im Theater usw.

viel frische Luft, aber Schmerzen erlaubten das Treppensteigen, Einkaufen oder kurzen Stadtbummel nicht

Wassergymnastik

sofort einen Arzt aufsuchen, da Reha negativ!

8.7 Umsetzungshindernisse

8.7.1. Freitexte

Freie Antworten auf die Frage: „Wenn Sie etwas gar nicht oder nicht lange umsetzen konnten, woran lag es? ... andere Gründe, und zwar:“

immer wechselnde Schmerzen, Herzinfarkt, Vorhofflimmern

an meinem Gesundheitszustand

es ist unmöglich, in einem vollen Hallenbad Rücken zu schwimmen

Stress, zu hohe körperliche Anforderungen auf der Arbeit

mein Beruf nimmt mir die Kraft, noch etwas anderes zu machen

Schwimmen und Fitness reicht

Gesundheit hat sich verschlechtert

Ich habe MS (Multiple Sklerose)

durch die Einschränkung leider

Immer noch anhaltende Schmerzen beim Gehen! Dadurch fallen viele Übungen weg.

Beginn einer Umschulung

2 Unfälle, 4–6 Monate ohne z. Arbeit

Die Schwimmhalle wurde geschlossen. Die Schwellungen der Gelenke traten immer häufiger auf, die Kortisondosis ständig erhöht!!

Schmerzen

bis heute starke muskul. Beschwerden

musste erst Wasserkurse in der Nähe finden

Kosten + gesundheitliche Gründe

Hat zu viel Geld gekostet (Fahrgeld, Beitrag)

Krankengymnastik wird nur in begrenztem Umfang erstattet

Pflege in der Hausgemeinschaft und erneute OP

Fitnessstudio ist ausreichend

Immer wieder Rückfälle, Schmerzen

habe mich beim Arzt usw. zu wenig bemüht

meine Arbeit nimmt mich so in Anspruch, dass ich mich freue, wenn ich mal die Füße hochlegen kann

habe es zwar gemacht, aber beim Autofahren habe ich noch meine Probleme

Der plötzliche Tod meiner Frau hat mich seelisch tief erschüttert (Depression). Mir fehlte jeglicher Antrieb

Mangelnde Unterstützung durch Ärzte, Krankenkassen. Nach ca. 6 Monaten bekam ich neue Beschwerden. OP am 4/ % LW am 2.2.06 (Kanalspinalstenose). Reha im März.

Zu viele Schmerzen im Knie und Rücken (Rückenschule und Yoga abgebrochen)

Lange und nachhaltige Muskelschmerzen

8.7.2. Untergruppen

Tab. 14: Hindernisse bei der Umsetzung in verschiedenen Diagnosegruppen. Die Zahlen sind relative Häufigkeiten. Lesebeispiel: 15,6 % der TEP-Patienten gaben *keine Zeit* als Hindernisgrund an. Der Chi-Quadrat-Test prüft die Null-Hypothese, dass die Zeilenwerte gleichverteilt sind (er wurde natürlich mit den absoluten Häufigkeiten durchgeführt, die hier der Übersichtlichkeit halber nicht mit aufgeführt sind).

	TEP	RA	SPA	RS	FMS	Chi ²	p
keine Zeit	15,6	38,9	0,0	39,3	18,2	12,94	0,012
fühlte mich überfordert	18,8	38,9	0,0	10,7	31,8	12,49	0,014
hab mich in der Gruppe nicht wohl gefühlt	9,4	0,0	25,0	5,4	0,0	10,20	0,037
hatte keine Beschwerden	21,9	0,0	0,0	10,7	0,0	11,48	0,022
fühlte mich unterfordert	3,1	0,0	0,0	1,8	18,2	12,66	0,013
zu wenig Möglichkeiten am Wohnort	12,5	22,2	0,0	12,5	36,4	10,16	0,038

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – RS: Rückenschmerzen – FMS: Fibromyalgiesyndrom

8.8 Umsetzungshilfen: Freitexte

Freie Antworten auf die Frage: „Wenn Sie etwas gut und anhaltend umsetzen konnten, was hat Ihnen dabei geholfen?... Etwas anderes, was mir geholfen hat.“

Erfahrungsaustausch in der Rheumaliga

Ergometertraining (trainiert auch Beinmuskulatur)

Es ist flexibel im Zeitplan einzuplanen und ist unkompliziert in der Ausübung

Arbeitsschuhe von „MBT“

Sinn, Freude, Unterstützung

Mein Mann, der geht mit ins Fitnessstudio

Beweglichkeit wuchs, wenngleich zu schleppend

8.9 Zeit, Geld, Wege

Tab. 15: Beginn der nachgehenden Aktivitäten, Angaben von 135 Teilnehmern

Zeit	Prozent
keine, habe sofort angefangen	62,7
mehr als zwei Wochen	21,1
mehr als ein Monat	4,2
mehr als drei Monate	7,0
keine Angabe	4,9

Tab. 16: Kosten, Wege, Zeitbedarf

	N	M	Median	Min	Max	Quartil- Abstand
Kosten pro Monat €	102	45,9	40	0	130	35
Zuschüsse €	14	59,0	41	10	225	40
Zeitbedarf/Woche	128	5,5	4	0	42	4,8
Fahrtzeit/Woche	115	1,9	1,5	0	10	1,5

8.10 Belohnungssystem

Tab. 17: Kontrolle und Belohnung durch Kostenträger, Angaben in Prozent

	Kontrolle und Belohnung hilfreich?			Test	p
	ja	nein	n		
ohne Abschluss	4,0	0,0	3	Chi ² = 10,8	p < .05
Hauptschule	43,4	16,2	39		
Realschule	31,6	54,1	44		
Abitur	21,1	29,7	27		
Summe	100	100	113		
TEP	22,5	18,6	26	Chi ² = 13,6	p < .01
RA	17,5	7,0	17		
SPA	7,5	0,0	6		
RS	42,5	41,9	52		
FMS	10,0	32,6	22		
Summe	100	100	123		
Alter (Mittelwert)	49,7	55,5	118		
alle	56,3	30,3	123		
n	80	43			

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – RS: Rückenschmerzen – FMS: Fibromyalgiesyndrom

8.11 Vermisste Unterstützung: Freitexte

Im Folgenden finden sich alle Antworten auf die Frage: „Was haben Sie vermisst? Welche Art von Unterstützung durch Ärzte, Krankenkassen, Rentenversicherung oder Arbeitgeber hätte Ihnen geholfen, länger oder intensiver etwas für die eigenen Gesundheit zu tun?“

- Man wird mit seiner Krankheit allein gelassen. Es gab keine Unterstützung. Informationen erhalte ich in der Mobil-Zeitschrift von der Rheuma-Liga. Therapieangebote sowie Kuraufenthalte gibt es genug, die man sich aber nicht leisten kann. (46-jährige Frau mit rheumatoider Arthritis)
- Man bekommt nur bedingt Anwendungen verschrieben. Optimaler wäre es für mich, so viele Anwendungen zu bekommen, dass die Beschwerden einigermaßen erträglich wären (KruX: Gesundheitsreform). (56-jährige Frau mit rheumatoider Arthritis)
- Anreize (z. B. bei einigen Krankenkassen gibt es Punktesysteme mit Vergütungen). Finanzielle Unterstützung z. B. für med.-tech. Trainingsprogramme im Fitness-Center (das Land Niedersachsen als Kostenträger lehnte bisher eine solche Unterstützungszahlung ab). (51-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)
- Änderung meines eigenen Verhaltens. Nicht durch Druck, sondern durch eigene Erkenntnis. Dieses habe ich erst leider nur durch Zufall nach meinem Schädel-Hirn-Träume, Verlust der eigenen Muttersprache für einen Zeitraum, Verlust von Teilen meines Gehirns, vorübergehend auf einem Auge blind, danach Doppelbild für 2 Monate. Erkennung der Bedeutung eines Verlustes von einem Teil, der immer da war. Diese Umsetzung auf einen anderen Menschen ist wohl nicht möglich. Durch den Unfall habe ich mehr erkannt als in den letzten 10–15 Jahren. Auch wenn einiges fehlt, es ist mehr da als vorher. (35-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)
- Die Reha hat mir sehr viel gebracht, was ich früher nicht gemacht habe. Vielleicht war man unterstützt worden durch die Ärzte. (60-jähriger Mann nach TEP)
- In der Reha hatte ich den Ankreuzbogen mit „ja“ angekreuzt, als es darum ging, der AOK alles mitzuteilen. Leider ist diese nicht geschehen. Meine Rezepte für die KG wurden schon mal abgelehnt. Massagen bekommen ich gar nicht genehmigt. Bei meiner Erkrankung möchte ich doch mein Leben lang Unterstützung bekommen. Vor allem jetzt, wo man am Arbeiten ist und solange, wie es geht, es auch will. (49-jährige Frau mit rheumatoider Arthritis)
- Bitten und betteln, um Verschreibungen von Massagen zu bekommen. Erleichterungen bei Anträgen von Teilerwerbsminderungsrenten. Wir wollen uns ja nicht vorm Arbeiten drücken. Wir wollen nur länger im Berufsleben bleiben können. (48-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)
- Ich habe keine Erwartungen, also vermisse ich nichts.
- Krankenkasse, Unterstützung beim Druckausüben auf Krankenhaus wegen OP. Ärzte, Unterstützung bei Suche nach anderem Krankenhaus wegen OP (22-jährige Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

- mehr Anwendungen (56-jähriger Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Angebote durch Krankenkasse oder Rentenversicherung, sowie finanzielle Unterstützung (57-jähriger Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Regelmäßige Gymnastik und Pflege (Massagen, Packungen) durch Fachkraft. PKV zahlt nicht, daher nicht dauerhaft finanzierbar. (55-jähriger Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Bei Verschreibungen der Anwendungen zu viel Zuzahlen. (56-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)
- Wenn ich nicht um alles betteln müsste und ein paar Hinweise bekommen würde und nicht gesagt bekommen, das kann ich Ihnen nicht mehr verordnen, aber keine Alternative dazu. (64-jährige Frau mit Fibromyalgie)
- Nein, aber man sollte sich immer selbst intensiv um diese Dinge kümmern. (63-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Mehr Bereitschaft bzw. Möglichkeit, Krankengymnastik bzw. Massagen oder Anwendungen zu verordnen. (49-jährige Frau mit Fibromyalgie)
- Unterstützung durch Krankenkasse (49-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Mehr Aufklärung für alle, was das Rheuma betrifft. (52-jährige Frau mit Fibromyalgie)
- Krankenkasse hat gar nichts unternommen, Arbeitgeber hat gekündigt. Rentenversicherung wie Krankenkasse. Ärzte erzählen, dass ihnen die Hände gebunden sind. (43-jährige Frau mit Fibromyalgie)
- Hätte mir von meiner Krankenkasse mehr Unterstützung gewünscht, sprich Wassergymnastik für Wirbelsäulenranke, hatte Schwierigkeiten, denen das begreiflich zu machen. Was dann nichtssagend im Sande der Zeit verlaufen ist. Schadel (52-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Vieles wird nicht verordnet – muss selbst gezahlt werden. Das kann ich mir finanziell nicht leisten. (45-jährige Frau mit Fibromyalgie)
- berufliche Fördermittel (38-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)
- Nach 7 Monaten nach OP starke Schmerzen aufgetreten. Seitens behandelndem Krankenhaus nicht alles so gelaufen, wie soll. Ich habe dadurch viel Zeit verloren. (50-jähriger Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Keine Angebote über sportliche Aktivitäten, die man machen darf! (o. A.)
- Hier hatte ich bisher Glück, Verständnis von allen Seiten! (59-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Man würde viel mehr tun, wenn die Selbstbeteiligung nicht so hoch wäre. (58-jähriger Mann, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Abstimmung der Reha zwischen Patient und Arzt hat nicht stattgefunden, zu viele verschiedene Ärzte. Verschiedene Therapien völlig daneben (Krafraum bei hoher Dosis Tramadol!) (53-jähriger Mann mit Fibromyalgie)
- Ich habe eigentlich nichts vermisst, da ich im August 4 Wochen im Krankenhaus lag, dann vom 25.1. – 23.3. wieder im Krankenhaus war, doppelseitige Lungen-

embolie und jetzt wieder im Mai mit Rheuma und Entzündung im ganzen Körper. Jetzt werde ich mich erst mal erholen und dann wieder mit allem anfangen. (63-jähriger Mann mit rheumatoider Arthritis)

- Man hätte die Fitnesskosten und Busgeld ganz bezahlen sollen. Ich wäre gern ins Fitnessstudio gegangen, aber ich habe kein Geld dafür. Ich kann es von den 345 € nicht bezahlen. (53-jährige Frau, Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Ich hatte erwartet, dass ich Wassergymnastik und Krankengymnastik als Fortsetzung vom behandelnden Arzt verschrieben bekomme. Die Antwort lautete aber nur, Sie waren ja jetzt erst zur Kur, und nun sollen die Medikamente erst mal wirken. (64-jährige Frau mit rheumatoider Arthritis)
- Ich habe auch vor meiner Erkrankung regelmäßig Sport betrieben und habe danach lediglich die Sportart gewechselt (Nordic Walking statt Jogging). (57-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Der Hausarzt hätte mir sagen können, dass eine Nachuntersuchung nötig gewesen wäre. Hatte nie eine Nachuntersuchung. (49-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Das erste Vierteljahr fühlte ich mich hundertprozentig gesund; die Beschwerden, die ich vor der OP hatte, waren so schrecklich, dass ich dachte, ich sitze bald im Rollstuhl. Nach der Operation ... fühlte ich mich ganz und gar gesund. Aber mir wurde gesagt, dass ich regelmäßig Sport treiben müsste. Da es mir aber gut ging und ich keine Beschwerden hatte, habe ich es immer mehr vernachlässigt. Aufgrund dessen habe ich jetzt wieder mittelschwere Rückenprobleme. Aufgrund dessen muss ich jetzt wieder mehr Sport, Gymnastik machen. (48-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Unterstützung von der Krankenkasse, 60 € im Monat ist höchste Schmerzgrenze!!! (32-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Man musste vieles selbst regeln, z. B. Telefonate führen, sich die Nummer erfragen, was nicht immer so leicht war! Der eine wusste nicht, was der andere sagt! Teilweise Ärger mit der Krankenkasse, z. B. was wird übernommen und was nicht. Zusagen und dann doch nicht übernommen! (29-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Massagen, da noch teilweise Verspannungen da waren. Nach der Reha gabs vom Arzt keine mehr verschrieben, doch 3 x 6 x Krankengymnastik. Nun treten manchmal Verspannungen auf, aber die behandle ich mit Wärme (Rotlicht) und einigen Übungen zu Hause. (37-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Von der Krankenkasse und der Rentenversicherung hätte ich eine Nachfrage nach meinem aktuellen Gesundheitszustand erhofft. Außerdem hätte ich gern mehr Informationen zu Reha-Aufenthalten, Kuren und Gesundheitsförderungsprogrammen; inwieweit diese mir nach Leistungskatalog zustehen. (43-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Vermisst: ganzheitliches Denken und Handeln von Ärzten, sich wirklich einlassen, denn nur das hilft! Zuspruch, Kompetenz als individueller Fall. Hab lange gebraucht, bis ich einen Arzt fand, dem ich vertraue, der weder unnötig verkompliziert, noch unnötig vereinfacht ... aber solche gibt's! (32-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)

- Ich habe mich meinerseits bei den Institutionen überhaupt nicht bemüht. (55-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- geregelte Arbeitszeiten und weniger Überstunden (49-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Ich habe die Möglichkeiten, die mir geboten wurden, ausgeschöpft. (47-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Regelmäßige Kontrolle der Krankengymnastik – finanzielle Unterstützung bei therapeutischen Hilfsmitteln (z. B. Gymnastikkreisel, MBT-Schuhe). (44-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Viel zu wenig Aufklärung über juristische Angelegenheiten (Arbeitsrecht bei Krankheit!) oder Hilfsmittel für den Alltag! (41-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Wenn ich gesundheitlich mehr Erfolg verspürt hätte, wäre ich sicherlich bereit gewesen, weiter hier im Fitnessstudio zu trainieren. (48-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Etwas Unterstützung durch Krankenkassen, durch Zuschüsse für ein Fitnessstudio, Info, wo geeignete Studios oder Kurse stattfinden. (45-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Mehr Zeit vom Arbeitgeber, da ich voll berufstätig bin. Jetzt bin ich krank, dadurch weiß ich, dass ich von der Krankenkasse einige Zuschüsse bekomme. Vorher wusste ich dies nicht (traurig). Leider fehlt mir die Zeit, diese so genannten Zuschüsse in Anspruch zu nehmen. (29-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Es gab nur 3x Krankengymnastik à 6x. – Es gab auch nichts anderes auf Rezept! – IRENA-Programm war nach 8 Wochen zu Ende, der Anfahrtsweg war viel zu weit. Gerade in den ersten Wochen kann man nicht so aktiv mitmachen, und wenn es einem besser geht, ist es schon zu Ende. – Da ich noch viel Schmerzen hatte und habe, wäre ich gerne später wieder angefangen zu arbeiten, aber nach 3 Monaten (nach OP) war Schluss. – Bin heute richtig sauer, kam auch noch der Ablehnungsbescheid auf Schwerbehinderungsprozente. (41-jährige Frau mit Rückenschmerzen)
- Ich hätte es gut gefunden, wenn die Krankenkasse einem weiteren Jahr der Behandlung zugestimmt hätte. (64-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Da es mir relativ schnell wieder gut ging und ich in meinem Rahmen alles konnte, vermisste ich nichts, nur manchmal meinen eigenen Antrieb. (o. A.)
- Vom Arzt gab es nur so viel, Narbe angesehen, Krankengymnastik verschreiben und sagte, mehr kann ich für Sie nicht tun. Nach Ende der ersten Gymnastik eine Wartezeit von 6 Wochen, bevor man wieder vorstellig werden durfte. Dann wurden noch mal sechs Gymnastiken verschrieben mit dem Satz, dass man einmal im Jahr zur Kontrolluntersuchung kommen sollte. Damit war die Behandlung zu Ende. Rad fahren, Sport, Fitness, Schwimmen war nicht erwünscht. Das war meine weitere Behandlung. (64-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Hotline in die Reha-Klinik, um anfallende Fragen sofort zu besprechen. Brauchte nach der Reha keine Nachbehandlung. (62-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

- Besprechung beim Arzt, wie die Weiterbehandlung ist. Weitere Aktivitäten durch Arzt oder AOK. (45-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Keine Unterstützung durch Ärzte oder Krankenkasse. (55-jähriger Mann mit Rückenschmerzen)
- Unterstützung durch den Arzt, wenigstens in der ersten Zeit. – Kostenübernahme der Krankenkasse bei Krankengymnastikbehandlung, wenn mehr als 12 notwendig. Ärzte verweisen immer auf ihr Budget. (63-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Die meisten Ärzte interessieren sich kaum für Rehabilitationsmaßnahmen oder Gymnastik etc. Sie verschreiben uns immer wieder schädliche Schmerztabletten in allen Variationen. Leider! Die meisten Ärzte entwickeln keine Eigeninitiative mehr (keine Vorschläge), die Praxen sind zu voll. (60-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Der Eingriff – Endoprothese Knie – war doch gewaltiger, als ich dachte. Die Muskeln und Nerven brauchten länger als erwartet. Ich hätte früher mit den Übungen im Fitnessstudio beginnen sollen. (62-jähriger Mann mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)
- Ich habe nichts vermisst. (51-jährige Frau mit Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation)

8.12 Reha-Erfolg

Tab. 18: Wie sehr hat die stationäre Reha Ihnen damals geholfen? Alle Patienten, $n = 142$

	Prozent
gar nicht	14,8
ein wenig	9,2
mittelmäßig	16,9
viel	28,2
sehr viel	25,4
Missing	5,6

Tab. 19: Reha-Erfolg: Relative Häufigkeiten bei verschiedenartiger Berufstätigkeit

	Vollzeit	Teilzeit	gar nicht/ unterbrochen
gar nicht	2,3	20,0	26,7
ein wenig	4,6	25,0	10,0
mittelmäßig	25,0	10,0	13,3
viel	31,8	30,0	26,7
sehr viel	36,4	15,0	23,3
	100	100	100

$n = 124$, $Chi^2 = 20,4$, $p < .01$

Tab. 20: Reha-Erfolg: Relative Häufigkeiten bei verschiedenen Schulabschlüssen

	kein Abschluss	Hauptschule	Realschule	Abitur
gar nicht	0,0	4,4	37,8	6,1
ein wenig	25,0	11,1	4,4	15,2
mittelmäßig	25,0	24,4	6,7	24,2
viel	25,0	35,6	26,7	21,2
sehr viel	25,0	24,4	24,4	33,3

$n = 127$, $Chi^2 = 29,5$, $p < .01$

Tab. 21: Reha-Erfolg: Relative Häufigkeiten bei unterschiedlichen Erkrankungen

	TEP	RA	SPA	Rücken	FMS
gar nicht	3,3	17,7	16,7	5,9	45,5
ein wenig	0,0	17,7	8,3	11,8	18,2
mittelmäßig	10,0	23,5	50,0	11,8	18,2
viel	40,0	23,5	8,3	47,1	0,0
sehr viel	46,7	17,7	16,7	23,5	18,2

$n = 132$, $Chi^2 = 55,3$, $p = .000$

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – RS: Rückenschmerzen – FMS: Fibromyalgiesyndrom

8.13 Dauer des Reha-Erfolgs

Tab. 22: Wie lange hat der Reha-Erfolg angehalten, alle Patienten, $n = 142$.

	Prozent
gar nicht	12,7
ein paar Wochen	21,8
mindestens drei Monate	10,6
mindestens sechs Monate	14,1
bis jetzt	29,6
Missing	11,3

Tab. 23: Erfolgsdauer: Relative Häufigkeiten bei verschiedenartiger Berufstätigkeit

	Vollzeit	Teilzeit	gar nicht/ unterbrochen
gar nicht	26,8	11,8	2,3
ein paar Wochen	21,4	41,2	27,3
≥ 3 Monate	10,7	11,8	9,1
≥ 6 Monate	17,9	11,8	15,9
bis jetzt	23,2	23,5	45,5

$n = 117$, $Chi^2 = 16,4$, $p < .05$

Tab. 24: Erfolgsdauer bei verschiedenen Schulabschlüssen

	kein Abschluss	Hauptschule	Realschule	Abitur
gar nicht	25,0	4,4	35,7	0,0
ein paar Wochen	25,0	35,6	14,3	24,1
>= 3 Monate	0,0	11,1	11,9	13,8
>= 6 Monate	25,0	17,8	19,1	10,3
bis jetzt	25,0	31,1	19,1	51,7

$n = 120$, $Chi^2 = 31,4$, $p < .01$

Tab. 25: Erfolgsdauer bei unterschiedlichen Erkrankungen

	TEP	RA	SPA	Rücken	FMS
gar nicht	3,5	18,8	0,0	8,0	45,5
ein paar Wochen	3,5	37,5	33,3	26,0	36,4
>= 3 Monate	20,7	12,5	0,0	14,0	0,0
>= 6 Monate	17,2	12,5	0,0	18,0	18,2
bis jetzt	55,2	18,8	66,7	34,0	0,0

$n = 126$, $Chi^2 = 51,2$, $p = .000$

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – RS: Rückenschmerzen – FMS: Fibromyalgiesyndrom

8.14 Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen

Tab. 26: Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? Alle Patienten, $n = 142$

	Prozent
ausgezeichnet	4,9
sehr gut	9,9
gut	24,6
weniger gut	36,6
schlecht	15,5
Missing	8,5

Tab. 27: Gesundheitszustand bei den Geschlechtern

	w	m
ausgezeichnet	5,5	5,4
sehr gut	11,0	10,7
gut	17,8	39,3
weniger gut	42,5	37,5
schlecht	23,3	7,1

$n = 129$, $Chi^2 = 10,7$, $p < .05$

Tab. 28: Gesundheitszustand bei verschiedenartiger Berufstätigkeit

	Vollzeit	Teilzeit	gar nicht/ unterbrochen
ausgezeichnet	1,8	0,0	11,9
sehr gut	8,8	14,3	9,5
gut	22,8	14,3	40,5
weniger gut	49,1	28,6	31,0
schlecht	17,5	42,9	7,1

$n = 120$, $Chi^2 = 23,6$, $p < .01$

Tab. 29: Gesundheitszustand bei verschiedenen Schulabschlüssen

	kein Ab- schluss	Hauptschule	Realschule	Abitur
ausgezeichnet	0,0	0,0	4,4	12,9
sehr gut	0,0	4,7	4,4	22,6
gut	33,3	39,5	15,2	25,8
weniger gut	33,3	41,9	50,0	32,3
schlecht	33,3	14,0	26,1	6,5

$n = 123$, $Chi^2 = 26,4$, $p < .01$

Tab. 30: Gesundheitszustand bei unterschiedlichen Erkrankungen

	TEP	RA	SPA	Rücken	FMS
ausgezeichnet	14,3	0,0	16,7	0,0	0,0
sehr gut	21,4	6,7	8,3	11,8	0,0
gut	32,1	0,0	25,0	43,1	0,0
weniger gut	25,0	66,7	33,3	33,3	68,2
schlecht	7,1	26,7	16,7	11,8	31,8

$n = 128$, $Chi^2 = 49,5$, $p = .000$

TEP: Anschlussheilbehandlung nach Gelenkoperation – RA: rheumatoide Arthritis – SPA: Spondylitis ankylosans – RS: Rückenschmerzen – FMS: Fibromyalgiesyndrom

9. Literatur

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

Deck R, Raspe H (2004) *Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation*. In Deck et al.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006) *Rentenversicherung in Zeitreihen*. DRV-Schriften Band 22. Berlin: DRV.

Gerdes N (2004) *Empfehlungen zur Gestaltung der Nachsorge aus reha-wissenschaftlicher Sicht*. In Deck et al.

Haaf HG (2005) *Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation*. *Die Rehabilitation* 44: 259 – 276.

Höder J, Mittag O, Arlt AC, Präcklein C, Raspe H (2007) *Risiken und Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation: Annäherungen an ein wenig beachtetes Thema*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (im Druck).

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

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (2004a) *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003*. VDR Statistik Rehabilitation, Band 150. Frankfurt/Main: VDR.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (2004b) *Informationen zur Nachsorge aus dem Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Ausgewählte Ergebnisse aus der Patientenbefragung Oktober 2002 bis März 2004*. Frankfurt/Main: VDR.

