

**Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Universität zu Lübeck**

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe

„Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus)“

Inauguraldissertation

zur

**Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck**

- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von

Tobias Krüger-Wauschkuhn

aus Ahrensburg

Lübeck 2011

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Heinrich Raspe

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Tag der mündlichen Prüfung: 30.01.2012

zum Druck genehmigt.

Lübeck, den 30.01.2012

Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen,
die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann
und die Weisheit, das eine vom anderen zu
unterscheiden.

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung und Hintergrund der Studie	1
1.1 Demographischer Wandel	1
1.2 Medizinische Rehabilitation	4
1.2.1 Rolle der Rehabilitation.....	4
1.2.2 Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitation	5
1.2.3 Patientenorientierung.....	6
1.3 Sichtung der aktuellen Literatur	7
1.3.1 Bedeutung von Erwartungen in der Rehabilitation	8
1.3.2 Bedeutung von Therapiezielen in der Rehabilitation	9
1.3.3 Wissensstand in Abhängigkeit von Indikation, Alter, Geschlecht und Schicht	10
1.4 Fragestellung	12
2 Methodik	14
2.1 Allgemeiner Studienablauf	14
2.2 Datenschutzkonzept und Votum der Ethikkommission	14
2.3 Datenerhebung und Stichprobe	15
2.3.1 Rehabilitandengruppen.....	15
2.3.2 Expertengruppen.....	18
3 Ergebnisse	19
3.1 Fokusgruppen mit Rehabilitanden	19
3.1.1 Ergebnisse der Rehabilitandengruppen	20
3.1.1.1 Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen	21
3.1.1.1.1 Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme	21
3.1.1.1.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme	21
3.1.1.1.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge	26
3.1.1.2 Besondere Anforderungen an Therapiedichte und Therapieinhalte.....	28
3.1.1.2.1 Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme	28
3.1.1.2.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme	32
3.1.1.2.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge	38
3.1.1.3 Spezielle Therapieangebote für die medizinische Rehabilitation Älterer	40
3.1.1.3.1 Berufliche Ausrichtung der Rehabilitation	40
3.1.1.3.2 Altersbezogene Ausrichtung der Rehabilitation	42
3.1.1.4 Rehabilitationsnachsorge.....	43
3.1.1.4.1 Erwartungen an die Nachsorge.....	43
3.1.1.4.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme	46
3.1.1.4.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge	47

3.2	Fokusgruppen mit Experten	49
3.2.1	Ergebnisse der Expertengruppen	49
3.2.1.1	Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen	51
3.2.1.2	Besondere Anforderungen an Therapiedichte und Therapieinhalte.....	55
3.2.1.3	Berufliche Ausrichtung der Rehabilitation.....	59
3.2.1.4	Altersbezogene Ausrichtung der Rehabilitation	59
3.2.1.5	Rehabilitationsnachsorge.....	60
3.2.1.6	Weitere zentrale Diskussionspunkte der psychosomatischen Expertengruppe	63
4	Diskussion	65
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	65
4.2	Diskussion der Ergebnisse	69
5	Zusammenfassung	79
6	Literaturverzeichnis	81
7	Anhang.....	91
8	Danksagung	128
9	Lebenslauf	129

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland.....	1
Abbildung 2:	Bevölkerung nach Altersgruppen	2
Abbildung 3:	Jugend-, Alten- und Gesamtquotient.....	3
Abbildung 4:	Bevölkerung im Erwerbsalter	4
Abbildung 5:	Übersicht über die Rehabilitandengruppen	16
Abbildung 6:	Struktur der Ergebnisdarstellung.....	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Moderation, Komoderation und Teilnehmerzahl	92
Tabelle 2:	Fokusgruppe 1 (Psychosomatik).....	93
Tabelle 3:	Fokusgruppe 2 (Kardiologie)	93
Tabelle 4:	Fokusgruppe 3 (Kardiologie)	94
Tabelle 5:	Fokusgruppe 4 (Orthopädie)	94
Tabelle 6:	Fokusgruppe 5 (Orthopädie)	95
Tabelle 7:	Fokusgruppe 6 (Psychosomatik).....	95
Tabelle 8:	Fokusgruppe 7 (Psychosomatik).....	96
Tabelle 9:	Fokusgruppe 8 (Psychosomatik).....	96
Tabelle 10:	Fokusgruppe 9 (Kardiologie)	97
Tabelle 11:	Fokusgruppe 10 (Orthopädie)	98
Tabelle 12:	Fokusgruppe 11 (Orthopädie)	98
Tabelle 13:	Fokusgruppe 12 (Kardiologie)	99
Tabelle 14:	Fokusgruppe 13 (Kardiologie)	99
Tabelle 15:	Fokusgruppe 14 (Psychosomatik).....	100
Tabelle 16:	Fokusgruppe 15 (Psychosomatik).....	100
Tabelle 17:	Fokusgruppe 16 (Orthopädie)	101
Tabelle 18:	Fokusgruppe 17 (Orthopädie)	101
Tabelle 19:	Fokusgruppe 18 (Kardiologie)	102

1 Einleitung und Hintergrund der Studie

1.1 Demographischer Wandel

Der demographische Wandel ist in den letzten Jahren in das Zentrum der öffentlichen Diskussion gerückt. Hierbei werden vor allem die Folgen für die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands sowie die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme diskutiert. Die sinkende Bevölkerungszahl im erwerbsfähigen Alter und die gleichzeitig steigende Zahl an älteren Bevölkerungsgruppen verschieben die demographischen Rahmenbedingungen zunehmend. Zwar spielte sich diese Entwicklung auch schon in den letzten Jahrzehnten ab, dieser eher als schleichend empfundene Strukturbruch wird sich in den nächsten Jahren jedoch beschleunigen [1].

Bevölkerungsrückgang und Veränderungen im Altersaufbau

Im Rahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes Deutschlands¹ zeigte sich, dass es bis zum Jahr 2060 neben einem – durch abnehmende Geburtenzahlen und zunehmende Sterbefälle ausgelöst – Rückgang der absoluten Bevölkerungszahl insbesondere zu einer Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung kommen wird. Wie in Abbildung 1 graphisch dargestellt, rücken die momentan stärker besetzten Jahrgänge im mittleren Alter in höhere Altersklassen auf, während die jüngeren Jahrgänge künftig immer schwächer besetzt sein werden.

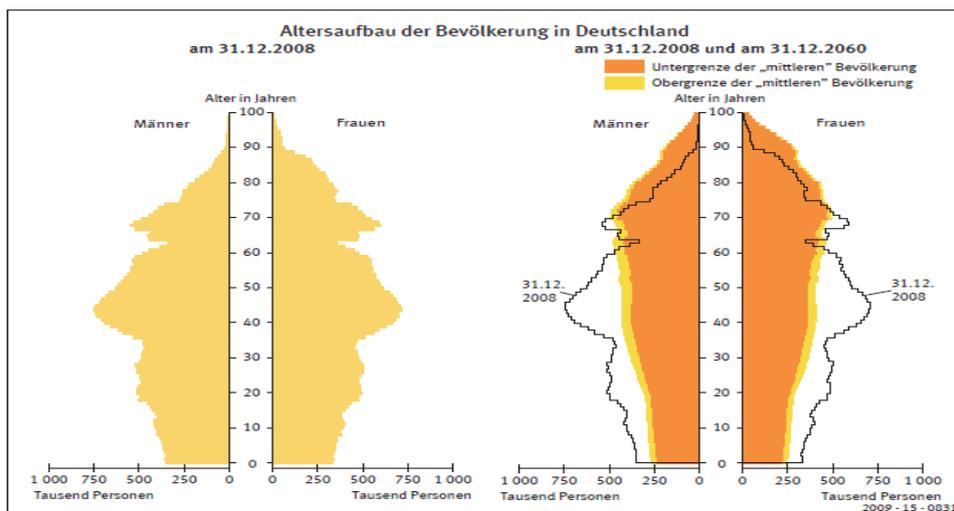


Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Statistisches Bundesamt, 2009)

¹ Bevölkerungsvorausberechnungen haben Modellcharakter. Sie liefern Schätzungen, wie sich die Bevölkerungszahl und der Altersaufbau der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen und vorbehaltlich unvorhersehbarer Ereignisse (z. B. Seuchen, Kriege oder Naturkatastrophen) entwickeln werden.

Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Jahre alt sein und die Anzahl der über 70-Jährigen wird die Anzahl der Geburten um das Doppelte übersteigen. Die Alterung zeigt sich jedoch insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten: Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich von heute nicht ganz 4 Millionen auf 9 Millionen im Jahr 2060 mehr als verdoppeln und somit etwa 14% der Bevölkerung ausmachen (Abbildung 2). Diese Entwicklung erscheint besonders vor dem Hintergrund des Anstiegs der Prävalenz von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen im höheren Lebensalter problematisch [2]. Erschwerend kommt hinzu, dass der Anteil multimorbider Menschen und somit die Komplexität der Krankheitsbilder ebenso mit dem Alter ansteigt [3; 4], wodurch insgesamt mit einer deutlichen Erhöhung der Kosten im Gesundheitssystem zu rechnen ist [5].

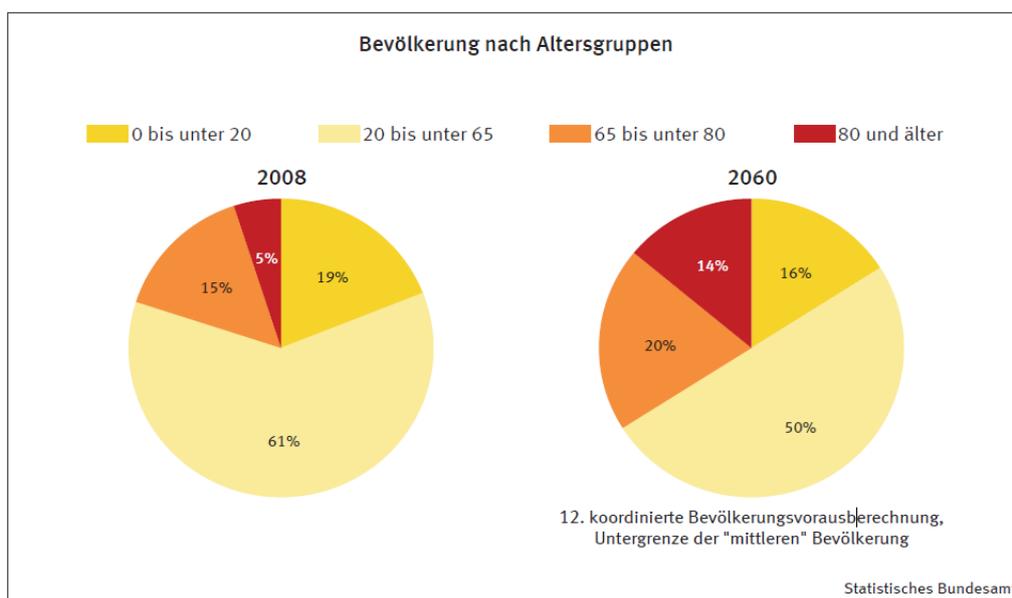


Abbildung 2: Bevölkerung nach Altersgruppen (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Statistisches Bundesamt, 2009)

Altenquotient

Ein weiterer guter Indikator für die Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung ist der so genannte Altenquotient. Er bezeichnet die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren, also potentieller Empfänger von Leistungen der Rentenversicherung oder anderer Alterssicherungssysteme, bezogen auf jeweils 100 Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis unter 65 Jahren. Der Altenquotient ist somit gerade für umlagefinanzierte Sozialsysteme von zentraler Bedeutung, da er zusammen mit dem Jugendquotienten die Anzahl potentieller Leistungserbringer zur Anzahl potentieller Leistungsbezieher ins Verhältnis setzt. Er lag 2008 bei 34, wird allerdings besonders nach 2020 mit dem Eintritt der stark besetzten Jahrgänge in das Rentenalter erheblich ansteigen und sich bis zum Jahr 2060 je nach Berechnungsvariante auf 63 oder 67 verdoppeln. Die „Belastung“ der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird somit in Zukunft deutlich ansteigen.

Diese Tendenz wird durch Abbildung 3 veranschaulicht, welche die Entwicklung des Jugend-, Alten- und Gesamtquotienten darstellt. Auch unter Berücksichtigung der Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre wird der Altenquotient im Jahre 2060 noch bei 56 beziehungsweise 59 liegen. Eine Stabilisierung des momentanen Wertes von 32 würde eine Erhöhung der Altersgrenze auf 74 oder 75 Jahre erfordern [6].

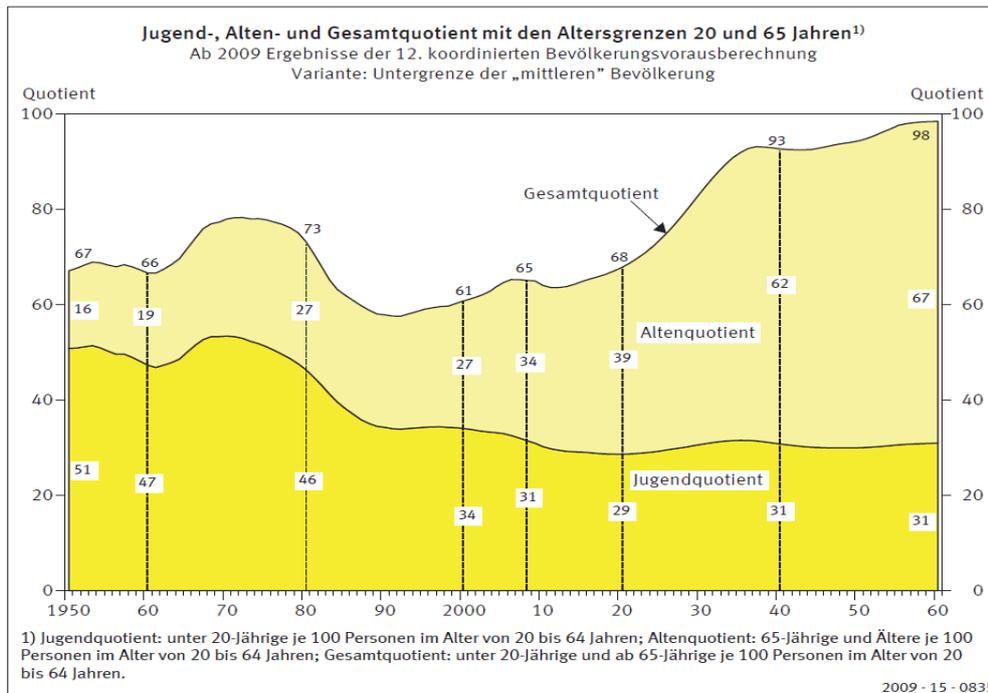


Abbildung 3: Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Statistisches Bundesamt, 2009)

Bevölkerung im Erwerbsalter

Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 65 Jahren ist von dieser Entwicklung in besonderem Maße betroffen. Sie wird von heute etwa 50 Millionen Menschen bis zum Jahr 2060 – je nach dem Ausmaß der Zuwanderung – auf 33 bis 36 Millionen sinken, was einem Abfall um 34% bzw. 27% entspricht. Der Altersaufbau dieser wirtschaftlich so bedeutenden Bevölkerungsgruppe verschiebt sich zudem sehr schnell, was durch die Abbildung 4 verdeutlicht wird. So gehören momentan 49% der Menschen im Erwerbsalter zur mittleren Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren, 31% zur älteren von 50 bis 64 Jahren und knapp 20% zur jüngeren von 20 bis 29 Jahren. Schon bis zum Jahr 2020 wird der Anteil der mittleren Altersgruppe nur noch 42% betragen, während die ältere mit circa 40% nahezu gleich stark vertreten sein wird. Für den Arbeitsmarkt bedeutet dies, dass es zu einer Zunahme der Relevanz älterer Beschäftigter kommt. Diese Entwicklung wird durch den Abbau von Vorruhestandsregelungen und die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre ab dem Jahr 2012 zusätzlich verstärkt [1; 7]. Aufgrund der Zunahme von chronischen

Krankheiten und Multimorbidität in höherem Alter [8] wird der demographische Wandel somit je nach Branche starke Auswirkungen auf die Arbeitswelt haben [9].

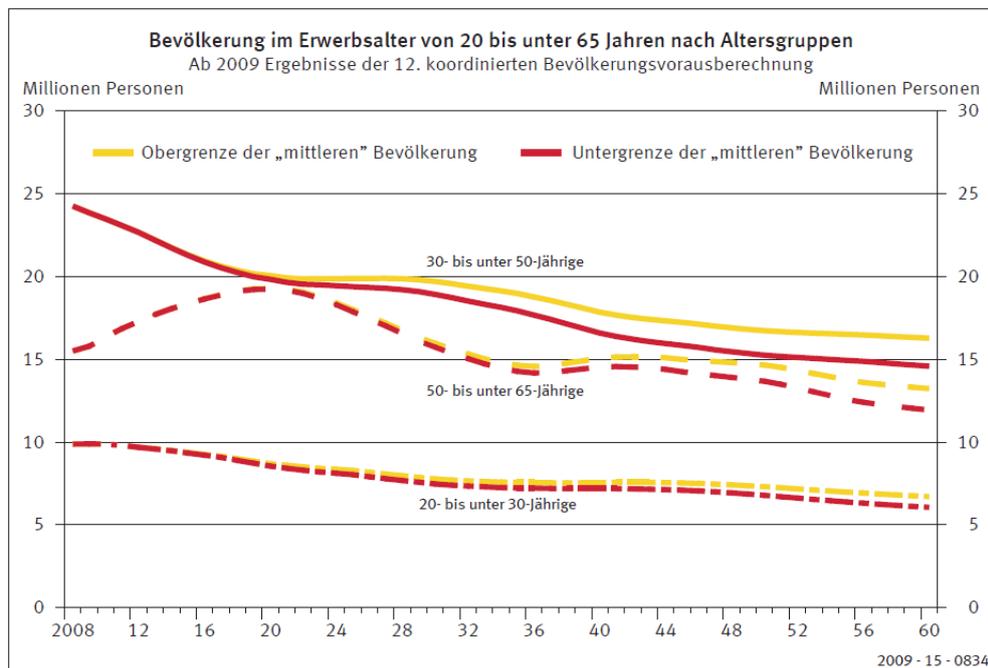


Abbildung 4: Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis unter 65 Jahren nach Altersgruppen (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Statistisches Bundesamt, 2009)

1.2 Medizinische Rehabilitation

1.2.1 Rolle der Rehabilitation

Die dargestellte Entwicklung erfordert ein langfristig orientiertes gesellschafts- und gesundheitspolitisches Umdenken. Die medizinische und berufliche Rehabilitation als tragende Säule des deutschen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Durch komplexe multimodale, multidisziplinäre und verhaltensmedizinisch orientierte Behandlungsmethoden [10] zielt sie auf den Erhalt bzw. „die Verbesserung der Partizipation, d.h. der Teilnahme am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft“, ab [11]. Die Mehrzahl der im Alter auftretenden, häufig chronischen Beeinträchtigungen kann dabei durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen erheblich abgemildert oder aufgefangen werden [2]. Aufgrund der Anpassung arbeitsmarkt- und arbeitsplatzbezogener Bedingungen besitzt die Rehabilitation zudem auch bei älteren Arbeitnehmern mit degenerativen Erkrankungen ein beachtliches Wiedereingliederungspotenzial [12; 13]. Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden nachweislich vermieden beziehungsweise hinausgezögert [14], weswegen der Rehabilitation gerade in einer durch ältere Arbeitnehmer geprägten Arbeitswelt eine große Bedeutung zukommt [15].

Auch für die Bundesregierung ist die qualifizierte medizinische Rehabilitation laut Koalitionsvertrag eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft und nimmt folglich im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein [16].

1.2.2 Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitation

Die Rehabilitation steht vor dem Hintergrund des demographischen Wandels vor großen Herausforderungen: „Der Bedarf an Rehabilitation nimmt zu, die dafür zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt“ [14] – die Wirksamkeit bzw. Nachhaltigkeit aktueller Reha-Konzepte gewinnt somit zunehmend an Bedeutung.

Die Wirksamkeit der Rehabilitation wurde im Laufe der Jahre intensiv untersucht – eine randomisierte kontrollierte Studie (Reha gegen Nicht-Reha) und somit höchstrangige Evidenz zum Thema liegt jedoch nicht vor. Laut einer Übersichtsarbeit von Haaf [15] ist die psychosomatische Rehabilitation der bislang am häufigsten evaluierte Indikationsbereich. Die überwiegend homogenen Resultate der Studien belegen den Erfolg der Rehabilitation in dieser Indikation. So ließen sich „unmittelbar nach der Maßnahme (...) große Effekte für das körperliche und psychische Befinden (...) nachweisen“ und auch nach einem Jahr konnten noch Wirkungen mittlerer Effektstärke gefunden werden [17]. Auch die Rehabilitation kardiologischer Patienten hat „beachtliche kurzfristige Effekte“ [15] vorzuweisen, indessen werden die mittel- bis langfristigen Ergebnisse uneinheitlich beurteilt. So zeigte sich bei Mittag [18] zwar auch längerfristig eine Besserung der Befindlichkeit und subjektiven Gesundheit der Rehabilitanden², andererseits kam es gleichzeitig zu einer Verschlechterung bei Angst und Somatisierung. Auch bei Härtel et al. konnte zwar kurzfristig eine signifikante Besserung von Hypertonie, Gesamtcholesterin sowie Ängstlichkeit und Depressivität erreicht werden, weder mittel- noch längerfristig ließen sich jedoch signifikante Effekte nachweisen [19]. Ähnlich verhält es sich auch bei der Rehabilitation von Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, die mit fast 39% den größten Anteil der medizinischen Reha-Maßnahmen der Rentenversicherung ausmachen [15]. So zeigte eine auf direkten Patientenurteilen basierende Analyse von Qualitätssicherungsdaten der Deutschen Rentenversicherung aus den Jahren 2003 und 2004 ein gemischtes Bild bezüglich der Wirksamkeit einer stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen. Zwar beurteilten 74,2% der Befragten die Maßnahme insgesamt als positiv (14,5% neutral, 11,3% negativ), jedoch gaben nur 46,1% der Rehabilitanden eine Besserung der Beschwerden an (44,7% keine Änderung, 9,2% Verschlechterung) [20]. Auch einer Übersichtsarbeit von Hüppe und Raspe zur Wirksamkeit der Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzpatienten ist zu

² Zur Wortwahl „Rehabilitand“: es sind, wenn nicht anders aufgeführt, sowohl männliche als auch weibliche Rehabilitanden gemeint.

entnehmen, dass zwar kurz- bis mittelfristig je nach betrachteter Variable kleine (bspw. Funktionskapazität) bis große Effekte (bspw. Vitalität) erzielt werden können, die Nachhaltigkeit der Behandlung jedoch als unbefriedigend betrachtet werden muss [21; 22]. Ein wichtiges Aufgabenfeld der Rehabilitationsforschung wird folglich in einer Optimierung der Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge gesehen [15].

1.2.3 Patientenorientierung

Patientenorientierung im Gesundheitswesen verlangt, „die subjektiven Bedürfnisse der Patienten neben dem objektiven medizinischen Bedarf als Kriterium der Versorgungsgestaltung, Leistungserbringung und Qualitätsentwicklung zu berücksichtigen. Der subjektive Bedarf umfasst Wünsche, Ziele und Erwartungen der Patienten an die Versorgung“ [23]. Für Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigte kommt es in Zukunft darauf an, „sich weniger an der Rolle des passiven Patienten zu orientieren, sondern die Ressourcen der Menschen zu stärken und zu aktivieren und anhand ihrer Präferenzen zu berücksichtigen“ [24]. Falls die Präferenzen (Erwartungen und Wünsche) der Rehabilitanden jedoch nicht berücksichtigt werden, besteht darin aus Sicht von Hüppe & Raspe ein möglicher Grund für die fehlende Nachhaltigkeit der Rehabilitation [10]. An anderer Stelle wird in Bezug auf diese Thematik geschlussfolgert, dass „die Effektivität der Reha (...) durch ein besseres Verständnis der Bedürfnisse der Patienten vonseiten der Ärzte (...) steigen“ könnte [25]. Sackett et al. betonen die Wichtigkeit einer bedürfnisorientierten Behandlung durch Definition der Evidenzbasierten Medizin (EbM) als „Integration der besten Forschungsevidenz mit klinischer Expertise und den Werten des Patienten. Mit Werten des Patienten [sind] die individuellen Präferenzen, Sorgen und Erwartungen [gemeint], welche jeder Patient in eine klinische Begegnung mitbringt und die in klinische Entscheidungen integriert werden müssen, wenn sie dem Patienten nützen sollen“ [26]. Die Deutsche Rentenversicherung Bund vertritt im Positionspapier Rehabilitation 2010 eine ähnliche Anschauung, indem sie postuliert, dass „jede wirksame Rehabilitation (...) auf die individuellen Problemlagen der Rehabilitanden eingehen“ muss [14]. Das Eingehen der Leistungsanbieter bzw. Leistungserbringer auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden kann somit als wesentliches Qualitätsmerkmal moderner Rehabilitationskonzepte verstanden werden [27]. Auch in Bezug auf die in dieser Studie betrachtete Altersgruppe scheint eine bedürfnisgerechte Behandlung von besonderem Interesse zu sein. So könnte „ein speziell auf ältere Rehabilitanden zugeschnittenes Rehabilitations- und Therapieangebot (...) für den längerfristigen Erfolg der Rehabilitation – im Sinne der Optimierung einer längerfristigen Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben – erforderlich sein.“

Reha-Maßnahmen können sich also auch bei älteren Versicherten durchaus lohnen, „wenn die Reha-Angebote auf ihre persönlichen Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet werden“ [28]. Die Deutsche Rentenversicherung Bund vertritt in diesem Zusammenhang ebenfalls die Ansicht, dass „vor allem eine stärkere Ausrichtung der Rehabilitation auf die Bedarfe älterer Rehabilitanden notwendig erscheint“ [14]. Neben wissenschaftlichen Forderungen nach einer bedürfnisgerechten Behandlung besteht auch ein rechtlicher Anspruch der Rehabilitanden auf die Berücksichtigung ihrer Wünsche und Vorstellungen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme. So steht im neunten Sozialgesetzbuch zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ in § 9 Abs. 1: „Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen“. In Abs. 3 wird dies um die Verpflichtung an die Rehabilitationseinrichtungen erweitert, den Leistungsberechtigten im Rahmen der Maßnahme einen möglichst hohen Grad an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Zusätzlich zu diesem Wunsch- und Wahlrecht gilt nach § 33 Satz 1 SGB I ein generelles Individualisierungsgebot für alle nicht im Einzelnen definierten Sozialleistungen [29]. Danach sind angemessene Wünsche der Berechtigten – bezogen auf persönliche Verhältnisse, den Bedarf, die Leistungsfähigkeit und örtliche Verhältnisse – bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Diese Gesetzestexte geben klare Vorgaben hinsichtlich der Patientenorientierung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses. Die Umsetzung bedarf allerdings eines gesicherten Wissens um die Bedürfnisse, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der betroffenen Personen [30], das in Bezug auf die betrachtete Altersgruppe nur in unzureichendem Maße vorhanden ist. Diese Wissenslücke soll mit der vorliegenden Studie geschlossen werden.

1.3 Sichtung der aktuellen Literatur

Um diese Aufgabenstellung zu bearbeiten, wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche zu rehabilitationsbezogenen Bedürfnissen, Wünschen, Erwartungen und Zielen – vor allem hinsichtlich altersabhängiger Unterschiede – in nationalen Fachzeitschriften („Rehabilitation“, „Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin“, „Gesundheitswesen“) und Tagungsbänden (Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium) sowie nationalen und internationalen Literaturdatenbanken (MEDLINE, PubMed, REHADAT) durchgeführt. Die aufgeführten Fachzeitschriften und Tagungsbände wurden ab dem Jahrgang 2000 von Hand durchsucht, bei der EDV-gestützten Literaturrecherche wurden die seit 1990 publizierten, relevanten Studien bzw. Metaanalysen durch Definition von Suchstrings

(Kombination der Schlüsselbegriffe: rehabilitation, inpatient, expectations, wishes, needs, demands, goals, aims, working age, vocational bzw. Rehabilitation, Ziele, Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse) und manueller Auswahl in den genannten Datenbanken ermittelt. Literaturverzeichnisse einschlägiger Publikationen sowie Verweise auf inhaltlich ähnliche Artikel in den Datenbanken wurden ebenfalls in die Recherche einbezogen.

Nachfolgend wird zunächst die allgemeine Bedeutung von Erwartungen bzw. Therapiezielen in der Rehabilitation erläutert sowie im Anschluss auf den indikations-, alters-, geschlechts- bzw. schichtspezifischen Wissensstand eingegangen.

1.3.1 Bedeutung von Erwartungen in der Rehabilitation

Rehabilitationsbezogene Erwartungen werden als wichtige Einflussgrößen auf den Verlauf sowie den Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen betrachtet [31; 32; 33]. Unangemessene bzw. falsche Erwartungen der Rehabilitanden (bezogen auf Experten-erwartungen) beeinträchtigen den Rehabilitationserfolg aufgrund konsekutiv geringerer Behandlungsmotivation bzw. Widerstand gegen die Behandlung [34; 35], während positive und realistische Erwartungen gesundheitsförderlich zu sein scheinen [36]. Die Bedeutung realistischer Erwartungen für den Erfolg des Rehabilitationsprozesses konnte in einer Längsschnittstudie von Dohnke et al. an 1047 Rehabilitanden bestätigt werden: Durch Unterscheidung zweier Patientengruppen anhand von Erwartungsdiskrepanzen („Realisten“ und „Überschätzer“) wurde gezeigt, dass die „Realisten“ sechs Monate nach Rehabilitation signifikant bessere Werte in ADL (activities of daily living)- und Schmerzparametern aufwiesen [37]. Eine Längsschnittuntersuchung an 53 neurologischen Rehabilitanden kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass realistische Erwartungen mit den erzielten Fortschritten in Wechselwirkung stehen, daher werden die Vermittlung patienten- und problembezogener Informationen, die Stärkung bzw. Mobilisierung von Eigenverantwortlichkeit und Mitwirkungsbereitschaft sowie die Ausrichtung von Erwartungen der Rehabilitanden und Ärzte an gemeinsam erarbeiteten Reha-Zielen als notwendig erachtet [38]. Ein flexibleres und stärker patientenorientiertes Modell erscheint erforderlich, bei dem Patienten in einem größeren Ausmaß entscheiden können, welche Leistungen sie benötigen und in welcher Form diese Leistungen angeboten werden sollen [39]. Dies wird in der Praxis scheinbar momentan nicht umgesetzt, was sich in den z. T. noch großen Diskrepanzen zwischen den von den Rehabilitanden geäußerten Wünschen bzw. Erwartungen und dem Angebot traditioneller Rehabilitationskonzepte widerspiegelt [40; 41].

1.3.2 Bedeutung von Therapiezielen in der Rehabilitation

Die individuelle Zielorientierung im Rahmen der Behandlung wurde von Vogel et al. als zentraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses beschrieben: Sie ist sowohl für die Durchführung als auch für die Erfolgsbeurteilung einer Rehabilitationsmaßnahme von großer Bedeutung [42]. So kann ohne ein zielorientiertes Vorgehen keine adäquate Therapieplanung stattfinden und auch „eine Beurteilung der Behandlungsergebnisse [erscheint] nur sinnvoll, wenn zuvor Ziele definiert wurden“, deren Zielerreichung „messbar oder zumindest über bestimmte Indikatoren erschließbar und somit empirisch prüfbar“ ist [43]. Eine wesentliche Voraussetzung einer erfolgreichen Rehabilitation stellt nach diesem Verständnis die Zustimmung zu bzw. Annahme von Behandlungszielen durch den Patienten dar, weil die Zielerreichung vor allem von dessen Mitarbeit abhängt [44]. Die Kenntnis der individuellen Reha-Ziele der Rehabilitanden wird dabei als wichtiger Baustein für das Erreichen langfristiger Behandlungseffekte verstanden [27]. Besteht eine Diskrepanz zwischen den Zielen und Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation und den Zielsetzungen der Kostenträger oder des Behandlungsteams, kann der Erfolg einer Reha-Maßnahme entscheidend beeinflusst werden [25]. Die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden sollten daher im Rahmen der Therapiezieldefinition berücksichtigt werden [43]. Es geht allerdings nicht darum, die Therapie ausschließlich an den Wünschen der Patienten auszurichten, sondern vielmehr um eine gemeinschaftliche Therapiezielvereinbarung zwischen Arzt und Patient im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung [44]. Ihr Kernelement ist das aktive und partnerschaftliche Einbeziehen des Rehabilitanden in den Prozess der Therapiezieldefinition [43]. Eine entscheidende Voraussetzung hierfür scheint eine gute Arzt-Patienten-Beziehung zu sein, die von qualitativ hochwertiger Kommunikation und patienten- sowie problembezogener Informationsvermittlung getragen ist [45]. Die gemeinsame Formulierung von Behandlungszielen wird in diesem Zusammenhang als eigenständiger therapeutischer Schritt bzw. als Behandlungsphase verstanden, die einen Wandel des Fokus des Patienten weg von seinen gesundheitlichen Problemen hin zu Zielen und möglichen Lösungen bewirkt [44]. Besonders betont wird hierbei die Wichtigkeit einer realistischen Zielauswahl, die gemeinsam zwischen Arzt und Patient zu Beginn der Rehabilitation erfolgen und den individuellen Gesundheitszustand sowie die psychosoziale Situation des Patienten berücksichtigen sollte [25; 37]. Die Zieldefinition wird jedoch nicht als einmaliges Ereignis angesehen, sondern vielmehr als Prozess verstanden, bei dem die Priorität von Zielen im Verlauf der Behandlung einem Wandel unterliegen kann [44]. Ein erfolgversprechender Ansatz wird im „goal setting“ gesehen, bei dem zu Rehabilitationsbeginn gemeinsame Ziele erarbeitet und im Verlauf auf ihre Erreichung hin periodisch hinterfragt werden. Dies verspricht ein umfassender und zeiteffizienter Weg zu sein, um die Ziele der Rehabilitanden in die Behandlungspläne zu integrieren [46].

Momentan scheint eine Zielorientierung als Steuerelement des Rehabilitationsprozesses in der Rehabilitationspraxis jedoch generell wenig präsent zu sein [44; 47]. Eine Schwierigkeit wird darin gesehen, dass Patienten oft nur unspezifische oder keine Ziele angeben können [44] – eine gemeinsame Zielsetzung muss folglich kommuniziert bzw. ggf. gemeinsam erarbeitet werden [48].

1.3.3 Wissensstand in Abhängigkeit von Indikation, Alter, Geschlecht und Schicht

Indikation

Betrachtet man die rehabilitationsbezogenen Ziele und Erwartungen in Abhängigkeit vom Indikationsbereich, finden sich große Übereinstimmungen zwischen den Diagnosegruppen, jedoch auch krankheitsbezogene Besonderheiten, denen im Rahmen der Rehabilitation Rechnung getragen werden sollte [27]. In einer Studie mit orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden konnten Faller et al. zeigen, dass in beiden Untersuchungsgruppen ähnliche, vor allem unspezifische Erwartungen vorherrschten. Hierbei standen aktive Maßnahmen, wie sie in modernen Behandlungskonzepten chronischer Rückenschmerzen eingesetzt werden [49], nicht im Zentrum der Erwartungen der Rehabilitanden [32]. Des Weiteren zeigte sich in einer Untersuchung an 238 kardiologischen Probanden, dass hinsichtlich der Zielerwartungen vor allem ein positives Körpergefühl, körperliche Fitness sowie eine Verhaltensänderung von Interesse waren, während in Bezug auf Prozesserwartungen besonderer Wert auf die ärztliche Betreuung, eine angenehme Umgebung, körperliches Training sowie auf Gesundheitsbildung gelegt wurde [27]. Im Rahmen dieser Studie wurden die Ergebnisse zudem mit Untersuchungen in anderen Indikationen verglichen, wobei sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede aufgezeigt werden konnten: So legten Patienten mit onkologischen und orthopädischen Krankheitsbildern ebenso viel Wert auf ärztliche Betreuung und eine angenehme Umgebung wie kardiologische Patienten [32], während für diese ein Stressbewältigungstraining einen vergleichsweise höheren Stellenwert besaß. Weitere Studien in der Onkologie, Orthopädie und Pneumologie erbrachten vergleichbare Ergebnisse [50; 31; 51] – lediglich bei onkologischen Rehabilitanden bestand zusätzlich der Wunsch nach einer Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit, was jedoch auf einen geringeren Anteil berenteter Patienten zurückgeführt wurde.

Alter

In Bezug auf das Alter konnte in einer Querschnittsstudie an $n = 248$ Patienten ($n = 160$ mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen und $n = 88$ mit onkologischen Erkrankungen)

nachgewiesen werden, dass ältere Rehabilitanden in vielen Bereichen eine geringere Reha-bezogene Erwartungshaltung aufweisen [32]: Hinsichtlich der Prozesserwartung zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter körperliches Training sowie Stressbewältigungstraining weniger wichtig zu sein scheinen. Bezogen auf die Ergebniserwartungen waren berufliche Leistungsfähigkeit, körperliche Fitness, Beschwerdereduktion, eine Verhaltensänderung, positives Körpergefühl sowie Lebensgenuss trotz Krankheit in dieser Altersgruppe zudem signifikant unbedeutender. In einer Studie an kardiologischen Patienten zeigte sich bei den Ziel- bzw. Ergebniserwartungen ebenfalls, dass eine Verhaltensänderung für ältere Patienten signifikant weniger wichtig zu sein scheint. Desweiteren maßen sie der ärztlichen Betreuung, dem körperlichen Training sowie der Gesundheitsbildung deutlich geringere Bedeutung bei als die Jüngeren [27].

Hingegen zeigte eine Längsschnittstudie von Leppin et al. mit n = 554 Patienten in der kardiologischen Rehabilitation, dass Ältere in der Regel ausgeprägtere Erwartungen hinsichtlich des Behandlungsprozesses, struktureller Anforderungen, konkreter Therapiearten sowie der Wirksamkeit der rehabilitativen Maßnahme äußerten [52]. Dies wird durch eine Studie an onkologischen Rehabilitanden bestätigt, die bei älteren Patienten höhere Erwartungen hinsichtlich der medizinischen Aufklärung und des medizinischen Angebots nachweisen konnte [50]. Im Hinblick auf weitere altersspezifische Unterschiede wurde an anderer Stelle gezeigt, dass im fortgeschrittenen Lebensalter höhere Erwartungen speziell an berufs- und rentenbezogene Therapieinhalte bestehen [31; 53].

Gezielte Untersuchungen zu der in unserem Projekt betrachteten Altersgruppe stehen bislang aus.

Geschlecht

In Bezug auf das Geschlecht wurde in einer Studie mit Rückenschmerzpatienten im Rahmen der orthopädischen Rehabilitation gezeigt, dass Frauen insbesondere Erholung und Abstand von Alltagsverpflichtungen und –belastungen erwarten, während bei Männern berufs- und rentenbezogene Erwartungen im Vordergrund stehen [31]. Dieses Ergebnis konnte sowohl im Rahmen einer Nachfolgestudie [53] an 1.913 Rehabilitanden mit sechs Indikationen (Orthopädie, Psychosomatik, Pneumologie, Onkologie, Kardiologie, Neurologie) als auch in Studien mit kardiologischen [52] sowie orthopädischen und onkologischen Patienten [32] bestätigt werden. Eine Versichertenbefragung der Deutschen Rentenversicherung Bund kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Frauen während der Rehabilitation vor allem von Alltagsorgen ausspannen wollen [54]. Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Studie von Bürger und Koch wider, wonach Frauen stationäre Rehabilitationsangebote ambulanten vorzogen, da sie sich bei stationärem Aufenthalt eine stärkere Entlastung vom Alltag erhofften [55]. Bei einer Befragung zu den subjektiven Rehabilitationszielen von KHK-

Patienten unterschieden sich Frauen und Männer nur in wenigen Punkten [56]: So strebten Frauen häufiger eine Optimierung der Medikation sowie eine Gewichtskontrolle an, während für Männer eine schnellere Genesung, höhere Lebenserwartung sowie eine Verbesserung der körperlichen Aktivität und Ausdauer im Vordergrund standen. In einer Studie von Bergelt et al. mit onkologischen Rehabilitanden zeigte sich zudem, dass Männer signifikant höhere Erwartungen hinsichtlich der medizinischen Aufklärung und des medizinischen Angebots aufweisen [50]. Auch in anderen Studien sind geschlechtsbezogene Tendenzen bezüglich der Erwartungshaltung erkennbar, wonach Frauen ihre Rehabilitationsziele auf psychische Inhalte und Aktivitäten des täglichen Lebens ausrichteten, während für Männer somatische und berufsbezogene Ziele im Vordergrund standen [43; 57].

Entgegengesetzt zu den aufgeführten Ergebnissen zeigte eine Studie an kardiologischen Rehabilitanden, die auf dem gleichen Fragebogen wie die Untersuchung von Deck et al. [31] basiert, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Erwartungen in Bezug auf Erholung und Krankheitsbewältigung [58].

Schicht

In Hinsicht auf schichtbezogene Rehabilitationserwartungen konnten Deck et al. an n = 422 Rückenschmerzpatienten zeigen, dass bei Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Arbeiter höhere Erwartungen speziell an berufs- und rentenbezogene Rehabilitationsinhalte als bei beruflich höher gestellten Rehabilitanden bestehen [31]. Dies zeigte sich auch in einer weiteren Studie, bei der Patienten mit Hauptschulabschluss deutlich höhere Ausprägungen bei den erfassten Rentenerwartungen aufwiesen [53]. Zur Erfassung schichtspezifischer Rehabilitationserwartungen wurde an anderer Stelle aus den Merkmalen Schulbildung, Beruf und Einkommen ein Schichtindex gebildet, anhand dessen die Rehabilitanden der Unter-, Mittel- oder Oberschicht zugeordnet werden konnten. Hierbei ergaben sich unter Berücksichtigung der so definierten Sozialschichten signifikante Unterschiede bei zwei der betrachteten Erwartungsdimensionen: Rehabilitanden unterer Sozialschichten wiesen signifikant höhere Erwartungen bezüglich ihrer Gesundheit auf, besaßen allerdings auch in dieser Untersuchung höhere Rentenerwartungen. Sie kommen zudem mit schlechterem Gesundheitszustand in die Rehabilitation und verlassen diese – trotz vergleichbarem Reha-Erfolg – mit ungünstigeren Befunden als Patienten höherer Sozialschichten [59].

1.4 Fragestellung

Erste Auswirkungen des demographischen Wandels spiegeln sich bereits in der veränderten Alterszusammensetzung der Rehabilitanden in den Reha-Kliniken wider. Der Anteil über 55-jähriger Rehabilitanden lag im Jahr 2007 bei ca. 40%, fünf Jahre zuvor war er noch um mehr

als 5% geringer [60; 61]. Laut PROGNOSE wird die Anzahl der Rehabilitanden von 2005 bis 2025 um rund 9% zunehmen, der Anteil über 55-jähriger Erwerbstätiger steigt in diesem Zeitraum allerdings um 64% an [62]. Ältere Rehabilitanden weisen krankheitsspezifisch sowie krankheitsassoziiert eine andere Beschwerdelast als jüngere Rehabilitanden auf [63; 64] und unterscheiden sich zudem hinsichtlich ihrer Reha-Erwartungen und –Ziele von diesen [28]. Einer Demographie-sensiblen Gesundheitspolitik sollte es deswegen vor allem darum gehen, „bestehende ambulante und stationäre Versorgungssysteme sehr viel zielgenauer auf eine insgesamt alternde Patientenschaft (...) auszurichten“ [64]. Das Behandlungsprogramm und die Therapieangebote der Rehabilitation scheinen sich aktuell jedoch nicht an den spezifischen Bedürfnissen älterer Rehabilitanden zu orientieren, „es zeigt sich vielmehr eine gewisse Gleichförmigkeit der Angebote“ [28]. Die im Folgenden beschriebene qualitative Studie beschäftigt sich in diesem Kontext mit der Fragestellung, ob „vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung der Versicherten (...) eine Anpassung der konzeptionellen Anforderungen an die veränderten Bedürfnisse der Rehabilitanden erforderlich“ [65] erscheint und wie diese umgesetzt werden könnte.

Im Rahmen von qualitativen Fokusgruppen sollen zwei wesentliche Aspekte dieser Thematik untersucht werden:

- (1) Entsprechen aktuelle Rehabilitationsangebote und –schwerpunkte den Erwartungen, Bedürfnissen und Erfordernissen älterer Rehabilitanden (55plus) oder besteht ein Anpassungsbedarf aktueller Konzepte im Sinne einer altersgerechten Rehabilitation?
- (2) Kann vor dem Hintergrund struktureller Rahmenbedingungen aus dem erfassten Anpassungsbedarf ein Optimierungspotential des Rehabilitationsprozesses abgeleitet werden und welche Barrieren stehen einer Umsetzung möglicherweise im Wege?

2 Methodik

2.1 Allgemeiner Studienablauf

Die Studie „Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55+)“ wurde als Auftragsarbeit für die Deutsche Rentenversicherung Bund von März 2009 bis März 2010 am Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein durchgeführt. Die offizielle Laufzeit des Projekts erstreckte sich vom 01.03.2009 bis zum 28.02.2010. Die Zielvorgabe war die Ermittlung des Anpassungsbedarfs der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge bei älteren Rehabilitanden (55plus). Im Rahmen von qualitativen Fokusgruppen wurden Versicherte über 55 Jahren zu Bedürfnissen und Erfordernissen einer altersgerechten Rehabilitation befragt sowie Versorgungslücken und bestehendes Optimierungspotential erörtert. Im Fokus standen dabei Art und Umfang einzelner Therapien, die Zusammensetzung therapeutischer Leistungen, die berufliche Ausrichtung der Rehabilitation sowie spezielle Anforderungen an die Nachsorge. Das vorliegende Studiendesign zielt dabei nicht auf einen Vergleich dieser Bedürfnisse und Wünsche mit denen einer jüngeren Rehabilitandengruppe ab, sondern strebt die explorierende Erhebung dieser Aspekte in der Altersgruppe 55plus sowie die Überprüfung abgeleiteter Optimierungsansätze auf ihre Angemessenheit und Umsetzbarkeit an. Hierzu wurden in einem zweiten Schritt Experten in Gruppengesprächen zu ihrer Einschätzung bezüglich einer bedarfsgerechten Versorgung älterer Rehabilitanden befragt sowie die erfassten Patientenbedürfnisse in diesem Rahmen hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz diskutiert.

Projektleiter: Dr. phil. Ruth Deck, Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe; beteiligte Wissenschaftler: Dr. rer. hum. biol. Susanne Richter, Dipl. Psych. Nadine Pohontsch; ein Promotionsstipendium wurde an Herrn Tobias Krüger-Wauschkuhn vergeben.

2.2 Datenschutzkonzept und Votum der Ethikkommission

Zur Abklärung der notwendigen Datenschutzvorkehrungen wurde mit Frau Zollmann, Frau Dr. Dambrowski und Herrn Gerold von der DRV-Bund sowie Fr. Dr. Glaser-Möller von der DRV-Nord Kontakt aufgenommen. Anfang April 2009 konnte das gemeinsam erarbeitete Datenschutzkonzept verabschiedet werden. Das Projekt wurde am 06.03.2009 durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck genehmigt (AZ 09-025).

2.3 Datenerhebung und Stichprobe

In einem ersten Schritt wurden insgesamt 62 Rehabilitanden verschiedener Indikationen in achtzehn Fokusgruppen mit jeweils 3-8 Teilnehmern befragt (vgl. Anhang 1). Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen waren: Zugehörigkeit zu einer der Indikationen Orthopädie, Kardiologie oder Psychosomatik; Alter über 55 Jahre und derzeitige Durchführung einer Rehamaßnahme in einer der beteiligten Kliniken. Von den Befragten waren 35 (56%) männlich und das Altersspektrum reichte von 54 – 70 Jahren. Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragungen wurden im Rahmen von 3 multidisziplinären Expertengruppen mit jeweils 7 - 11 Teilnehmern (Ärzte, Therapeuten, Verwaltungspersonal etc.; Indikationen: Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik) diskutiert.

2.3.1 Rehabilitandengruppen

Im Zeitraum vom 3.07.2009 – 9.10.2009 wurden achtzehn leitfadengestützte Fokusgruppen mit Rehabilitanden durchgeführt. Der Leitfaden orientierte sich an den Fragestellungen des Auftraggebers und wurde basierend auf der systematischen Literaturrecherche entwickelt (vgl. Anhang 2). Ein Testlauf des Leitfadens fand im Rahmen zweier Pilotgruppen im April 2009 statt (Indikation: Orthopädie; 1 Frauengruppe [n=6] und 1 Männergruppe [n=3]). Für die Hauptstudienphase sollten ursprünglich Reha-Antragsteller über die DRV-Nord rekrutiert und postalisch zur Gruppendiskussion eingeladen werden. Nach Rücksprache mit den beteiligten Kliniken und der DRV-Nord waren hierbei erhebliche Rekrutierungs- und Organisationschwierigkeiten bei der Gruppenplanung zu erwarten, da die Teilnehmer der Gruppe Antragsteller in der gleichen Zusammensetzung und zum gleichen Zeitpunkt in derselben Reha-Klinik hätten aufgenommen werden müssen. Ferner wäre es nötig gewesen, dass die Teilnehmer vor der Rehabilitation für eine Gruppendiskussion nach Lübeck anreisen. Da es sich um Erwerbstätige handelt, hätten die Gruppen in die Abendstunden oder auf ein Wochenende gelegt werden müssen, wobei mit einer ausgesprochen geringen Teilnahmebereitschaft zu rechnen gewesen wäre. Daher wurde mit der DRV-Nord und den beteiligten Kliniken vereinbart, von Reha-Antragstellern auf Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme auszuweichen und die Fokusgruppen am zweiten Tag der Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen. Dies war aufgrund unterschiedlicher Aufnahmetage der Rehabilitanden jedoch nicht in jedem Fall möglich, so dass einige Teilnehmer bereits mehr als zwei Tage in der Klinik waren. Inhaltlich wurden keine gravierenden Unterschiede zwischen Reha-Antragstellern und Rehabilitanden im Frühstadium der Maßnahme erwartet.

Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer erfolgte in Zusammenarbeit mit der Verwaltung der beteiligten Kliniken (Orthopädie: Bad Malente, Kardiologie: Bad Segeberg, Psychosomatik: Bad Segeberg und Bad Bramstedt) vor Antritt der Rehabilitation (Identifikation potenzieller Teilnehmer) und durch persönliche Ansprache der Rehabilitanden über die behandelnden Ärzte. Die Kooperationsvereinbarungen der beteiligten Kliniken sind im Zwischenbericht zu finden (vgl. Anhang 2).

Die Fokusgruppen wurden jeweils von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin moderiert (Moderator und Komoderator) und dauerten ca. 1,5 bis 2 Stunden. Der Moderator war hauptsächlich für die Gesprächsführung und Beschriftung des Flipcharts verantwortlich, während der Komoderator handschriftlich protokollierte und ggf. Nachfragen stellte bzw. Nebengespräche unterband.

Es wurden zwei geschlechtsgetrennte Gruppen pro Indikation einmal zu Beginn sowie am Ende (Verlaufsgruppe) und zwei Gruppen nur einmal am Ende der Rehabilitation befragt (siehe Abbildung 5). Dieses Vorgehen wurde gewählt, um potentielle geschlechtsbezogene Aspekte bei der Betrachtung zu berücksichtigen und durch die unterschiedlichen Befragungszeitpunkte eine Verlaufsbeobachtung der geäußerten Inhalte zu ermöglichen. Der Hauptfokus lag auf den Gruppen am Ende der Rehabilitation, da aufgrund der gesammelten Erfahrungen von einem größeren Informationsgewinn hinsichtlich realistischer, behandlungsrelevanter Bedürfnisse ausgegangen wurde.

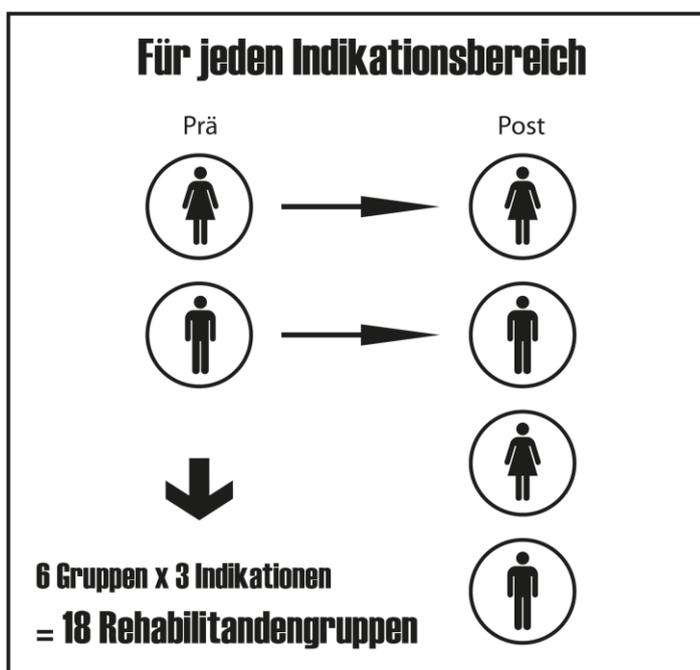


Abbildung 5: Übersicht über die Rehabilitandengruppen

Die ursprünglich geplante Stratifizierung der Fokusgruppen nach Geschlecht konnte nur in der Orthopädie vollständig verwirklicht werden. In den beiden anderen Indikationen ergaben sich Fallzahlprobleme: In der Kardiologie musste aufgrund unzureichender weiblicher Teilnehmerzahlen eine gemischt-geschlechtliche Verlaufsgruppe durchgeführt werden. In der Psychosomatik bestand ein generelles Fallzahlproblem in der betrachteten Altersgruppe. Deshalb wurden in einer zweiten psychosomatischen Klinik (Bad Bramstedt) eine zusätzliche geschlechtsheterogene Fokusgruppe am Ende der Rehabilitation durchgeführt sowie drei Rehabilitanden im Alter von 54 Jahren in die Studie aufgenommen.

Vor Gesprächsbeginn erhielten die Teilnehmer ausführliche schriftliche Studieninformationen (vgl. Anhang 3) und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme (vgl. Anhang 4). Alle Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 25.- Euro pro Fokusgruppe, an der sie teilnahmen. Die Gruppengespräche wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmeapparats aufgezeichnet und die Sprecherreihenfolge zeitgleich handschriftlich protokolliert. Die Aufnahmen wurden im Anschluss von einer medizinischen Dokumentarin vollständig transkribiert, wobei auf die Transkription paraverbalen Äußerungen weitgehend verzichtet wurde. Die inhaltsanalytische Auswertung [66] wurde mithilfe von MAXQDA2007 (Software für computergestützte qualitative Datenanalyse) durchgeführt. Im Sinne einer „Forscher-Triangulation“ [67] waren unterschiedliche Professionen (zwei Diplom-Psychologinnen [SR, NP], eine Diplom-Soziologin [RD] und ein Mediziner [TKW]) an der Analyse der Daten beteiligt, um die Ergebnisse multiperspektivisch zu validieren.

In einem ersten Arbeitsschritt wurde jeweils ein Transkript pro Indikation von jedem der an der Auswertung beteiligten Personen unabhängig voneinander bearbeitet. Im Anschluss wurden die gewonnenen Ergebnisse gemeinsam besprochen und ein Konsens hinsichtlich der verwendeten Kategorien erarbeitet. Bei der weitergehenden Auswertung wurde jede Indikation von einem der Mitarbeiter getrennt bearbeitet, offene Kodierungsfragen jedoch in regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen gemeinsam diskutiert und geklärt. Das grundlegende Kategoriensystem (Erwartungen, Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge jeweils unterteilt in strukturelle, inhaltliche und nachsorgebezogene Aspekte; spezielle Angebote für Ältere) orientierte sich an den Fragestellungen der Studie (deduktive Kategorienbildung) und wurde während der Kodierarbeit durch weitere aus dem Material emergierende Kategorien ergänzt und erweitert (induktive Kategorienbildung). Zusätzlich zur Kodierung der Textstellen wurde zu Beginn der Auswertung für jeden Fokusgruppenteilnehmer eine kurze Fallvignette erstellt, um die Interpretation unklarer Textstellen zu erleichtern. Der nächste Schritt bestand darin, die Ergebnisse der Rehabilitandengruppen so aufzubereiten, dass sie zur Vorbereitung der Fokusgruppen mit Experten genutzt werden konnten.

2.3.2 Expertengruppen

Die Expertengruppen wurden im Zeitraum vom 22.01.2010 bis zum 12.02.2010 in zwei kooperierenden Kliniken (Orthopädie: Bad Malente, Kardiologie und Psychosomatik: Bad Segeberg) durchgeführt. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Rehabilitanden wurden schriftlich zusammengefasst und den Teilnehmern der Expertengruppen als Vorbereitung auf das Treffen zugesandt. Ein indikationsbezogener Vergleich der Ergebnisse der Rehabilitandengruppen führte aufgrund ähnlicher zentraler Aussagen dazu, dass die Resultate innerhalb der Expertengruppen indikationsübergreifend in annähernd gleicher Form präsentiert wurden (vgl. Anhang 5). Hierdurch konnte auch eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung der Expertendiskussionen gewährleistet werden. Die Rekrutierung der Experten erfolgte über die ärztlichen Kooperationspartner in den Kliniken, wobei eine multidisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe im Vordergrund stand. Das Expertenteam setzte sich in den verschiedenen Indikationen folgendermaßen zusammen:

Kardiologie:

1 Ärztin, 1 Psychologin, 1 Physiotherapeut (Leitung), 1 Ergotherapeutin (Leitung),
1 Bewegungstherapeutin, 1 Diätassistentin, 1 Therapieplanung

Psychosomatik:

3 Ärzte/innen (inklusive des Chefarztes), 4 Psychologen, 1 Ergotherapeutin (Leitung),
1 Mitarbeiterin des Sozialdienstes

Orthopädie:

4 Ärzten/innen (1x Orthopädie / 1x Verhaltensmedizin / 2x Innere Medizin), 1 Psychologin,
1 Pflegedienstleitung, 1 Therapieplanungsleiterin, mehrere Bewegungstherapeuten, mehrere Ergotherapeuten

Die Expertengruppen wurden durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin (Moderator und Komoderator) moderiert und hatten eine Dauer von ca. 1,5 Stunden. Die Gespräche wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmeegeräts aufgezeichnet und die Sprecherreihenfolge zeitgleich handschriftlich protokolliert. Im Anschluss wurden die Aufnahmen von zwei Wissenschaftlern (NP, TKW) abgehört, zentrale Punkte bezüglich der diskutierten Problemstellungen schriftlich erfasst und die Inhalte im Rahmen von Teambesprechungen (NP, TKW, RD) hinsichtlich der untersuchten Fragestellung analysiert.

3 Ergebnisse

3.1 Fokusgruppen mit Rehabilitanden

Es wurden insgesamt 62 Rehabilitanden in achtzehn Fokusgruppen befragt. Tabelle 1 im Anhang 2 gibt eine Übersicht über die an den Fokusgruppen beteiligten Moderatoren bzw. Komoderatoren sowie die jeweilige Anzahl der Teilnehmer, während die Tabellen 2 – 19 die Fokusgruppenteilnehmer soziodemographisch beschreiben. Hierbei sind die Daten nicht immer vollständig, da, um den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen, zum Teil auf Nachfragen verzichtet wurde.

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die drei untersuchten Indikationsgruppen Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie gemeinsam betrachtet. Dieser Schritt erscheint sinnvoll, da die Bedürfnisse der Rehabilitanden über die untersuchten Indikationen hinweg eine große Homogenität aufwiesen. Abweichende Ergebnisse einzelner Indikationen werden bei Vorkommen kontrastierend herausgearbeitet. Auf Geschlechtsunterschiede wird nicht eingegangen, da diese in keiner Indikation relevante Ausmaße annahmen. Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf die von den Teilnehmern der PRÄ-Gruppen geschilderten Erwartungen (bei Erwartungen zur Nachsorge wurden auch die POST-Gruppen einbezogen), die von den Teilnehmern der POST-Gruppen berichteten Erfahrungen sowie auf explizit geäußerte Verbesserungsvorschläge der Rehabilitanden. Hierbei werden die sich aus der qualitativen Auswertung ergebenden inhaltlichen Bereiche (organisatorische und strukturelle Anforderungen, Therapiedichte / -inhalt, spezielle Therapieangebote für Ältere und Anpassungsbedarf der Nachsorge) mit ihren Unterpunkten getrennt voneinander dargestellt. Auf die ursprünglich geplante Kontrastierung der Erwartungen und Erfahrungen wurde verzichtet, da die Auswertung der gewonnenen Daten hinsichtlich einer Verlaufsbeobachtung keine relevanten Ergebnisse erbrachte. Zur Verdeutlichung der Struktur der Ergebnisdarstellung wird diese in Abbildung 6 exemplarisch aufgezeigt.

- 1.1.1 Ergebnisse der Rehabilitandengruppen
 - 1.1.1.1 Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen
 - 1.1.1.1.1 Erwartungen
 - 1.1.1.1.2 Erfahrungen
 - 1.1.1.1.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge
 - 1.1.1.2 Anforderungen an Therapiedichte / -inhalte
 - 1.1.1.2.1 Erwartungen
 - 1.1.1.2.2 Erfahrungen
 - 1.1.1.2.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge
 - 1.1.1.3 Spezielle Therapieangebote für Ältere
 - 1.1.1.3.1 Berufliche Ausrichtung der Reha
 - 1.1.1.3.2 Altersbezogene Ausrichtung der Reha
 - 1.1.1.4 Rehabilitationsnachsorge
 - 1.1.1.4.1 Erwartungen
 - 1.1.1.4.2 Erfahrungen
 - 1.1.1.4.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge

Abbildung 6: Struktur der Ergebnisdarstellung

3.1.1 Ergebnisse der Rehabilitandengruppen

Globale Zufriedenheit

Zusammenfassend bewerteten so gut wie alle Rehabilitanden die Rehabilitation sehr positiv (1). Sie waren sowohl mit den Inhalten als auch mit der Betreuung zufrieden und hatten das Gefühl, viel für ihr Leben gelernt zu haben. Die in den einzelnen Gesprächen geäußerten Kritikpunkte sollten vor diesem Hintergrund betrachtet und interpretiert werden.

(1): *„Die ganzen Therapien haben mir sehr gut getan. Ob Wasser oder andere Krankengymnastik oder einzeln oder sonst was. Also da kann ich nur von, ja, „gut“ sprechen. Ich hab viel gelernt, ich nehm auch viel mit.“ (Psychosomatik: Frau T4, Abs. 33)*

3.1.1.1 Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen an Reha-Kliniken für die medizinische Rehabilitation Älterer

3.1.1.1.1 Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme

Die befragten Rehabilitanden nannten nur wenige Erwartungen an den strukturellen und organisatorischen Ablauf der Rehabilitationsmaßnahme. Die einzigen strukturbezogenen Erwartungen bezogen sich auf den häufigen Wunsch nach Patientenorientierung im Sinn von Mitspracherecht bei Therapieauswahl, Therapieplanung und Therapeutenwechsel (1), einen ärztlichen Ansprechpartner mit ausreichend Zeit für den einzelnen Rehabilitanden (2) sowie die große Wichtigkeit der Unterbringung in Einzelzimmern (3).

(1): *„Und dann eben, das dann, dann von den Therapeuten irgendwo auch eben vorgeschlagen wird: Ich würde das und das für Sie aber besser finden, und das man das dann vielleicht annimmt oder einfach sagt: Nein. Ich finde das und das besser. Denn ich finde, man muss auch selbst Entscheidungen treffen können.“ (Psychosomatik: Frau I6, Abs. 366)*

(2): *„Ja ich erwarte von der Reha, das ich ´n Ansprechpartner hab, und zwar, der mehr Zeit hat.“ (Kardiologie: Herr Q5, Abs. 122)*

(3): *„Und da find ich ´n Einzelzimmer unglaublich wichtig. Ich hab nun glücklicherweise ´n Zimmernachbarn, mit dem ich ausgesprochen gut klar komm. Aber das hätte mich schon sehr geschreckt, wenn das nicht so gewesen wäre. Denn mit jemandem zusammen zu sein, wat weiß ich, der ständig telefoniert oder der das Fernsehen ständig laufen hat. Das hätte meinen Therapieerfolg in erheblichem Umfang gemindert.“ (Kardiologie: Herr D5 und S6, Abs. 121)*

3.1.1.1.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme

Ablauf und Organisation

Organisation und Abläufe in der Klinik wurden von den Teilnehmern unterschiedlich wahrgenommen. Vereinzelt berichteten die Rehabilitanden von positiven Erfahrungen in Hinsicht auf einen reibungslosen Zugang zur Rehabilitationsmaßnahme (1). Eine unkomplizierte Bewilligung der Maßnahme und die Berücksichtigung von Wünschen bei der Klinikauswahl standen dabei im Vordergrund (2). Häufiger wurde jedoch Unmut über die Klinikzuteilung geschildert, z. B. aufgrund der großen Entfernung zum eigenen Wohnort bzw. der Missachtung des Wunsch- und Wahlrechtes in Bezug auf die Klinikauswahl (3). Auch zu lange bzw. zu kurze Zeiträume zwischen Bewilligung und Antritt (4), der (hausarztbedingt) lange Leidensweg vor der Reha-Anbahnung, die Ablehnung von Reha-Anträgen durch den Kostenträger bzw. Widerspruchsverfahren sowie eine zu kurzfristige Entscheidung über die Verlängerung der Rehabilitation zählten zu den Kritikpunkten.

- (1): „Also bei mir, das ging bei mir ganz reibungslos.“ (Psychosomatik: Herr H3, Abs. 138)
- (2): „Also es steht bei dem Rentenversicherungsträger steht drauf auch im Internet, Internetseite: Sie können Wünsche äußern. (...) Ich hab das auch getan und bin auch hierhergekommen.“ (Orthopädie: Frau F5, Abs. 684)
- (3): „Ich war bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bayern und hab mit dem Sachbearbeiter gesprochen und dann sagte er: Ja, die Rentenversicherungsanstalt hätte beschlossen, mich hierher zu schicken und ich müsste, ich dürfte keinen Einwand bringen. Ich soll froh sein, das ich überhaupt (...) die Möglichkeit hab, ne Reha zu bekommen und auch hierher zu kommen. Also ich soll mich da ruhig verhalten und da net noch Ansprüche stellen.“ (Orthopädie: Frau F1, Abs. 672-675)
- (4): „Aber auf der anderen Seite, ich bin seit Oktober krankgeschrieben und komme Ende Mai in eine Reha. ¶Eigentlich erst im August.¶ ¶ Eigentlich erst im August, - ¶ Ich auch. ¶ -also fast ´n Jahr danach, 10 Monate. Ne? Und das ist also hier, wo ist da der Sinn?!“ (Psychosomatik: Frau C1, C2 und C3, Abs. 251-255)

Weitere Kritik bezog sich auf Probleme, die sich aus häufigen Therapieplanänderungen (1) ergaben. So erschien es nötig, mehrmals täglich das persönliche Info-Fach auf einen neuen Therapieplan hin zu überprüfen, wobei Änderungen nicht klar gekennzeichnet waren. Es kam vor, dass kurzfristige Änderungen nicht rechtzeitig bemerkt wurden und Therapien somit ausfielen. Gerade in Einzeltherapien wurde ein stattfindender Therapeutenwechsel zudem als problematisch erlebt (2). Durch die Notwendigkeit, jedem Therapeuten die individuelle Problematik erneut zu erklären, kam es zu Zeitverlusten, was die Behandlung ineffektiv erscheinen ließ. Desweiteren wurde auf allgemeine Probleme bei der Therapieplanung hingewiesen. So wurden vor allem eine zu enge zeitliche Taktung und die damit verbundene Überschneidung von Terminen, fehlende oder zu lange Pausen (3) und lange Wartezeiten trotz Termins bemängelt.

- (1): „Zu viel Änderungen im Termin-Plan. (...) Ich war einmal abends um viertel vor 6 beim Kasten, da war noch nix drin. Anderen morgen bin ich zur Therapie gegangen, sollt ich Wärmepackung haben: Sie sollten um 8 schon hier sein. Ja ich denn hin zum Kasten, ja, da hatten die das umgeändert. Denn lag schon ´n neuer Plan da. Ja. Da war das dann weg. Dann ist die Anwendung weg.“ (Orthopädie: Herr O2, Abs. 205-211)
- (2): „Es ist ein Unding, dass man jedes Mal einen anderen Einzeltherapeuten hat. Ich muss jedes Mal wieder erklären, was ich habe, da geht die Hälfte meiner Zeit verloren. Es bleibt dann zu wenig Zeit, das sie irgendwas machen, weil, logisch, wenn nächsten Tag ´n neuer kommt, der weiß wieder nicht, was ist oder was tut ihr weh, wie kann ich bewegen. Also alles wieder von vorne.“ (Orthopädie Frau U7, Abs. 71)

(3): „Da hört dann was um 16 Uhr auf und fängt dann auch wieder was um 16 Uhr an. Dann ist es natürlich schwierig. Weil wir ja auch da so die Station 13, ist ´n bisschen außerhalb, also wir müssen da rüber, dann wieder ins Haupthaus und das schafft man dann auch nicht. Da muss man eben das eine frühzeitiger beenden.“ (Psychosomatik: Herr H2, Abs. 342)

Insbesondere orthopädische Rehabilitanden äußerten sich negativ in Bezug auf die Gruppengröße während der Therapien und Seminare (1). Eine ggf. erforderliche individuelle Betreuung war dadurch nur eingeschränkt möglich und das Nachfragen bei Verständnisproblemen während der Seminare wurde aus Angst, den Ablauf des Gespräches zu stören, zumeist unterlassen. Auch die als zu heterogen empfundene Gruppenzusammensetzung wurde bemängelt (2). Die Behandlungen wären hierdurch häufig nicht auf die spezifischen Probleme der Rehabilitanden ausgerichtet und erschienen somit wenig hilfreich.

(1): „D.h. also ein Ausbilder, 12 Leute. Oder bzw. ein Therapeut, 12 Leute in der Gruppe, die muss er betreuen. Denn ist er da, da, da. Welche brauchen ganz viel Zuwendung. Da ist er immer. Die rufen ran, immer her und dann, die andern gehen dann ´n bisschen unter. So als Nummer. Da ist ´n unheimlicher Nachholbedarf.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 199)

(2): „Einer konnt die Schulter nicht bewegen und der andere hatte es mit ´m Rücken. Und es wurde immer, sag ich mal, irgendwas gemacht. Aber eigentlich nicht das, was man gerne möchte.“ (Orthopädie: Herr O1, Abs. 69)

Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf Schnittstellenprobleme im Rehabilitationsablauf. Der Informationsfluss innerhalb des Therapeutenteams sei unzureichend und verfügbare Informationen in Form des Patientenfragebogens würden nicht ausreichend genutzt (1, 2). Eine Rehabilitandin berichtete allerdings besonders positiv über eine kontinuierliche Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand an den Hausarzt (3). Das Fehlen bzw. die Widersprüchlichkeit von Informationen zu den Klinikregeln stellte die Rehabilitanden hingegen des Öfteren vor Probleme und fiel negativ auf.

(1): „Und dann, das die Physiotherapeuten Bescheid wissen. Die fragen mich immer: Was haben Sie. Hätt ich gesagt, mir tut der linke Zeh weh, ja, da wär das genauso gewesen, ne. Ich sag: Hüfte, rechts. Das müssen die vorher wissen.“ (Orthopädie: Herr G4, Abs. 516)

(2): „In dem Formular, was man zugeschickt kriegt, das die Kur bewilligt ist, das muss man ja ausfüllen. Zum Fragebogen.“ ¶ „Diese 17 Seiten.“ ↓ „Und da ist am Schluss, ich glaube zuletzt hinten steht was, was man erwartet? Und da schreibt man das ja da normalerweise rein. (...) Die Aufnahmeuntersuchung, da ist die Sache aufgeklappt worden. Und dann wurde nur die Medikamente, die ich zurzeit nehme. Dann wurde das Ding wieder zu und weg. (...) Jaja, ich hab das zwei Tage dran, was kreuzt du jetzt hier an. Ist eigentlich unwichtig.“ (Orthopädie: Herr G4, G1 und M1, Abs. 538-553)

(3): *„Ich hab, eh, mein Mann war bei meiner Ärztin und die, die bekommt immer Bescheid von hier von D, wie es mir geht, was ist. Also das, mein Mann sagt, meine Ärztin weiß genau Bescheid.“ (Kardiologie: Frau E8, Abs. 391)*

Personal und Therapeutenteam

Die Flexibilität der Therapeuten im Umgang mit wechselnden Gruppengrößen wurde von mehreren Teilnehmern gelobt. In allen Indikationen erschien die fehlende Einheitlichkeit der von den behandelnden Ärzten vermittelten Informationen jedoch problematisch (1, 2); aus Sicht der Rehabilitanden existierten hier scheinbar keine einheitlichen Richtlinien innerhalb der Kliniken. Dies führte zum Teil zu Verunsicherung hinsichtlich des richtigen Umgangs mit der Erkrankung, was von den Rehabilitanden als belastend erlebt wurde. Ein wichtiges Anliegen der Rehabilitanden war das Vorhandensein von durchgehenden Ansprechpartnern im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme. In der Orthopädie und Kardiologie konnte zum Teil von positiven Erfahrungen in dieser Hinsicht berichtet werden, wobei besonders die kurzfristige Verfügbarkeit eines Gesprächstermins gelobt wurde (3). Insgesamt sei jedoch aus Sicht der Rehabilitanden aller Indikationen zu wenig Personal im Verhältnis zur Anzahl der Rehabilitanden vorhanden, so dass es bei Krankheit der Therapeuten sogar zu ersatzlosen Ausfällen von Therapieeinheiten kam (4). Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang der häufig herrschende Zeitmangel bei Ärzten und therapeutischem Personal, da dieser bei Visiten, Vorträgen, Einzel- und Gruppengesprächen dazu führte, dass Fragen nicht bzw. nicht ausreichend beantwortet werden konnten (5, 6).

(1): *„Aber ich meine, es ist aber nochmal von denen ja schon mal, nich, eh, wenn (...) ich jeden zweiten Tag dann Gespräche habe überm Rücken und jeder Professor sagt da was anderes, kann ´s doch nicht sein. Nich. Der eine sagt: Du, du musst dich so bewegen. Der andere sagt: Du musst das so machen. Und was weiß ich. Und das ist besser. Und dies ist besser. Das kann ´s dann irgendwo nicht sein. Ne.“ (Orthopädie: Herr O3, Abs. 30)*

(2): *„Also da seh ich so ´ne Diskrepanz, zwischen dem, was an Information vermittelt wird einerseits und dem, was konkret in der Station passiert andererseits.“ (Kardiologie: Herr D5, Abs. 40)*

(3): *„Bin ich hingegangen und gefragt, ob sie Zeit hat und sie hat in relativ kurzer Zeit also nicht nächsten Tag sondern innerhalb von ´ner Stunde für mich Zeit gehabt und das war gut.“* ¶ *„Also ich hatte auch ´n Gespräch mit ihr und, eh, muss sagen, das war sehr positiv.“* ¶ *„Auch das kurzfristige fand ich gut.“ (Kardiologie: Herr S6 und Frau S5, Abs. 368-370)*

(4): *„Zu wenig Therapeuten für die vielen Leute. (...) Und wenn dann noch was ausfällt, weil jemand krank wird, oder irgendwas, dann stehen die hier aufm Schlauch.“ (Orthopädie: Frau U7, Abs. 679-681)*

(5): „Und viele sich dann auch gar nicht trauen zu fragen, ne. Weil man denn schon denkt: Der ist sowieso schon wieder in Eile. r Genau, die haben einfach keine Zeit. l “ (Orthopädie: Frau U7 und U6, Abs. 47-48)

(6): „Ich registriere nur, die Möglichkeit, ´n Arzt anzusprechen, um konkret auf meinen Bedarf hin eh, ´ne Frage loszuwerden, die geht gegen Null.“ (Kardiologie: Herr D5, Abs. 95)

Infrastruktur der Rehabilitationsklinik

Erfahrungen hinsichtlich infrastruktureller Aspekte wurden von den Rehabilitanden immer wieder angesprochen. Positiv fielen dabei insbesondere die Lage der Klinik und die Atmosphäre (keine Krankenhausatmosphäre) auf. In diesem Kontext wurden Assoziationen zu einem Hotelaufenthalt genannt. Auch die Verpflegung wurde von einigen Rehabilitanden lobend erwähnt, wobei kardiologische und orthopädische Rehabilitanden teilweise Defizite hinsichtlich der Qualität, Vielfalt und vor allem der Eignung des Essens beschrieben (1). Unverständnis herrschte dabei über die fehlende Möglichkeit, die in der Ernährungsberatung erlernten Ernährungsregeln im Rahmen der in der Klinik gebotenen Verpflegung umzusetzen zu können (2). Ein von vielen Rehabilitanden als äußerst wichtig betrachteter Aspekt war die Unterbringung in einem Einzelzimmer (3). Doppelzimmer wurden aufgrund unterschiedlicher Gründe (Schlafgewohnheiten, fehlende Rückzugsmöglichkeit etc.) rigoros abgelehnt und sogar von Abreisegedanken berichtet, falls diesem Anspruch nicht entsprochen worden wäre. In der Kardiologie erschien die mangelnde Versorgung mit Notwendigkeiten des täglichen Bedarfs (Zahnpasta, Seife etc.) vor dem Hintergrund der großen Entfernung von anderen Einkaufsgelegenheiten zudem besonders problematisch: Rehabilitanden kommen oft nach einem Akutereignis in die Anschlussheilbehandlung, so dass nicht in jedem Fall eine ausreichende Versorgung mit Bedarfsartikeln gewährleistet sei. Einkaufsgelegenheiten in der nahe gelegenen Stadt konnten aufgrund des Gesundheitszustands nicht wahrgenommen werden.

(1): „Und da wurden wegen dem Essen mehr auf die Rheuma-Patienten eingegangen. Also wir bekamen da unser eigenes Essen. Abgestimmt eben auf diese entzündlichen Sachen, die wir da hatten. (...) Aber das hat mir ein bisschen gefehlt.“ (Orthopädie: Frau F1, Abs. 645)

(2): „Jedenfalls die vollwertige Ernährung, die fehlt mir. Denn wir haben in den, in diesen Großgruppen immer wieder Hinweise darauf, dass wir uns vollwertig ernähren sollen, aber wenn wir dann oben im Speisesaal sitzen, dann ist da nicht so dolle viel mit los.“ (Kardiologie: Herr D5, Abs. 113)

(3): „Aber, so wie ich das verstanden hab, haben die hier wohl sehr viele Doppelzimmer. Und wenn dann eben kein Einzelzimmer frei ist, dann wird man in so ein Doppelzimmer geschickt, weil sie hat nämlich zu mir gesagt: Da haben sie aber Glück, das Sie ein Einzelzimmer haben. Ich sag: Wie Glück? Wär ich nach Haus gefahren. Ich hätte mich nicht in ein Doppelzimmer stecken lassen.“ (Orthopädie: Frau U7, Abs. 396)

3.1.1.1.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge

Ablauf und Organisation

Außer in der Kardiologie (großer Anteil der Rehabilitanden im AR-Verfahren) äußerten viele Teilnehmer nachdrücklich Kritik an der fehlenden Verwendung des Patientenfragebogens. Es bestand der vielfache Wunsch, diesen im Vorwege auszuwerten und basierend auf den Ergebnissen individuelle Behandlungsangebote zu erstellen (1, 2). IT-Systeme können in diesem Zusammenhang aus Sicht der Rehabilitanden hilfreich sein (3). Die Ergebnisse sollten im Erstgespräch aufgegriffen werden und in eine gezielte, individuelle Therapieplanung münden. Ein kardiologischer Rehabilitand äußerte in diesem Sinne den Vorschlag, ein krankheitsspezifisches Basisprogramm bereitzustellen, welches nach Bedarf durch Zusatzangebote ergänzt werden kann (4). Wichtig erschienen zudem eine homogenere Zusammensetzung und reduzierte Teilnehmerzahl der Therapiegruppen sowie adäquate Pausen zwischen Anwendungen. Weiterhin wurde in der Orthopädie im Verlauf der Gruppengespräche wiederholt der Bedarf beschrieben, subjektiv besonders geeignete Therapien auch entsprechend oft wahrnehmen zu können (5). Die therapieunabhängige Nutzbarkeit von Klinikeinrichtungen (Sauna, Schwimmbad etc.) könnte hierzu beitragen (6).

(1): „Na ich mein (...) nach dem Fragebogen, den man so hat, kann man Angebote machen.“ ⌈ „Ja. Der muss ausgewertet werden. Richtig.“ (Orthopädie: Herr G1 und G6, Abs. 639-651)

(2): „Na man kriegt ja hier in der ersten Woche auch seinen Fragbogen, wo man, weiß nicht, wie viel Seiten das waren, 5, 6, oder was. ⌈Ja.⌋ Die man beantworten sollte, müsste, könnte. (...) Und das man eventuell so ´n Plan vorab schon mal mit zum Patienten schickt. (...) Der denn von entsprechender Stelle schon mal ausgewertet wird und weiß: Aha. Wo geht es da hin. In welche Richtung. Das ist schon wieder eine Woche oder 4 Tage vergangene Zeit denn. ⌈ Das wär dann ´ne gute Voraussetzung für das Aufnahmegespräch, ne.⌋ Ja. ⌈Wenn man da also als derjenige, der solche Gespräche führt, schon so ´n Struk-, ´n groben Plan hat. ⌋ Dann kann man die Gespräche schon gleich in die Richtung lenken usw. Wenn man vorab die gewissen Informationen schon hat. ⌈ Denn die Zeit ist doch knapp. Die läuft ganz schön schnell. Ich seh das ja jetzt. 6 Wochen, nächste Woche fahren wir wieder nach Hause. ⌋“ (Psychosomatik: Herr P1, P2 und P3, Abs. 307-314)

- (3): „Ja aufgrund dieses Fragebogens haben wir vorgesehen für Sie das und das. Es ist doch mit ´m PC doch alles heutzutage ruck-zuck zu machen.“ (Orthopädie: Herr G1, Abs. 822)
- (4): „Also ich würd ´s gut finden, wenn jetzt ´ne gewisse Grund-Therapie ist, die jetzt zu diesem Krankheitsbild passt. Und wenn ich dann noch Überblick hab, was noch alles angeboten wird, dann kann ich sagen: Hier, was weiß ich, ich hab viel Rückenschmerzen, wär ´s machbar, das ich noch Massagen bekomm. Oder sowas. (...) Das ist auch so, na, wie soll ich das jetzt sagen, das ich nicht total entmündigt werde, das ist jetzt sehr hart ausgedrückt. Ne? Sondern, dass ich auch ´n Mitspracherecht hab. Weil eben, viele sind das ja auch gewohnt, so ihr Leben selbst zu gestalten. Ne? Und nicht, das da immer jemand sagt: So das machst du jetzt, das machst du jetzt. Und das machst du nicht. Oder das erzähl ich dir erst gar nicht. Ne?“ (Kardiologie: Herr S6, Abs. 99)
- (5): „Also ich könnte z. B. mir vorstellen, dass ich jeden Tag Rapsgruppe hätte. Ich spür des, das mir des gut tut. (...) Und das man dann gezielt diese Anwendungen bekommt, die einem wirklich gut tun.“ (Orthopädie: Frau F1, Abs. 424-426)
- (6): „Ich würd mir wünschen, dass am Wochenende nicht nur diese 2 h von 8-10, sondern am Samstag und Sonntag dann, eh, Schwimmbad und Sauna länger zur Verfügung stehen. (...) Ja eben auf freiwilliger Basis. Das meinte ich auch. Richtig.“ (Kardiologie: Herr S1, Abs. 110-112)

Personal und Therapeutenteam

Da Teilnehmern aller Indikationen negativ auffiel, dass für ärztliche Gespräche zu wenig Zeit zur Verfügung stand, wurde der Wunsch geäußert, diesen Inhalten in der Praxis mehr Zeit einzuräumen (1). Feste Ansprechpartner könnten darüber hinaus zu einer möglichst großen Kontinuität bei ärztlichen und therapeutischen Kontakten beitragen (2).

- (1): „Ja, das eigentlich schon, weil das auch da mit reinspielt mit dieser etwas, eh, mehr Zeit nehmen für dieses wöchentliche Gespräch. Vielleicht das die Ärzte auch noch ´n bisschen mehr bohren oder sich mit dem Patienten beschäftigen, ne, und nicht nur immer nur Zack-Zack-Zack.“ (Orthopädie: Herr O1, Abs. 276-278)
- (2): „Ich find das auch toll, wenn man wirklich ´n Ansprechpartner hat, mit dem hast du zu tun und nicht immer hier, der Arzt und der nächste Arzt, Ärztin, sondern ein.“ (Kardiologie: Herr Q1, Abs. 173)

Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Infrastruktur sowie PC- bzw. Internet-Angebote waren vergleichsweise weniger relevant:

Infrastruktur der Rehabilitationsklinik

In der Orthopädie äußerten einige Rehabilitanden den Vorschlag, die Bewegungsbäder zu erweitern. Ähnliche Beanstandungen lagen auch in Hinsicht auf den Fitnessraum vor, wo es

aufgrund eines Mangels an Geräten häufig zu Leerlauf bzw. dem Auslassen von Übungen kam (1). In der Kardiologie wurde die Schaffung von Einkaufsmöglichkeiten in der Klinik gewünscht, während sich die Verbesserungsvorschläge in der Psychosomatik auf optimierte Orientierungsmöglichkeiten im Gebäude (Hinweisschilder), die Einrichtung eines Leseraums mit Zeitschriften bzw. Büchern und den Essensraum (mehr Abgeschlossenheit, diätbezogen getrennte Tischbesetzung, längere Essenszeiten) bezogen.

(1): „Und auch bei der MTT, ist auch zu wenig.“ ∩ „Ich musste also oft was auslassen, weil ich nicht an die Geräte gekommen bin, weil sie eben besetzt waren.“ (...) ∩ „Ist wirklich so ´n Jonglieren, auch mit den andern, das man sich so wirklich ´n bisschen immer abstimmt mit den Geräten, sonst hat man immer Leerlauf. Und von daher, also ist auch zu wenig, was die hier haben.“ (Orthopädie: Frau U5 und U7, Abs. 688-692)

PC-gestützte bzw. Internet-Angebote

Da bei den Rehabilitanden u.a. in den Seminaren Verständnisprobleme auftraten, auf welche aufgrund zeitlicher Einschränkungen nicht eingegangen werden konnten, bestand ein Verbesserungsvorschlag im Angebot von computergestützten Informationsmöglichkeiten im Patientenzimmer (1).

(1): „Die haben keine Zeit, einem das wirklich auch mal in normalen Worten, ich mein, hat ja nicht jeder studiert (...). Ich müsste dann eigentlich so ´n Ärztebuch mitnehmen.“ ∩ „Oder auf ´m Zimmer müsste die Google-Möglichkeit sein.“ ∩ „Ja! Genau!“ ∩ „Das man da mal schnell googeln kann.“ ∩ „Genau. Genau.“ (Orthopädie: Frau U7 und U5, Abs. 49-53)

3.1.1.2 Besondere Anforderungen an Therapiedichte und Therapieinhalte für die medizinische Rehabilitation Älterer

3.1.1.2.1 Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme

Mehrere Rehabilitanden berichteten, dass keine festen Erwartungen vor der Maßnahme bestünden und man die Rehabilitation auf sich zukommen lassen wolle (1).

(1): „Wir haben uns eigentlich (...) gesagt: Gut, wir lassen uns überraschen. Was wir, was uns erwartet.“ (Orthopädie: Frau L7, Abs. 379)

Behandlungsgestaltung

Rehabilitanden aller Indikationen beschrieben den Wunsch nach einer individuellen Behandlung, welche als Grundlage für die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse auf das eigene Leben angesehen wird (1). Besonders darin wird die Chance der Rehabilitation im Vergleich zu einer Behandlung durch Haus- bzw. Fachärzte verstanden, bei denen

aufgrund von Zeitmangel teilweise nur eine sehr oberflächliche Bearbeitung der individuellen Problemstellungen möglich erscheint. In der Psychosomatik wurde zudem die Erwartung geäußert, dass das Augenmerk der Rehabilitation nicht ausschließlich auf der Hauptdiagnose liegen dürfe; die Behandlung von Komorbiditäten erscheine ebenfalls wünschenswert (2).

(1): *„Also das Anregungen da kommen, die auf einen ´n bisschen individueller zugeschnitten sind. Nicht nur sagt, das was allgemein immer gesagt wird (...) Das man eben auch mit Therapeuten da Kontakt hat und die auf einen eingehen. Und das ist eigentlich das Wichtigste dran. Das man also das Gefühl hat: So, das passt für mich. Und das geht jetzt, das kann ich auch irgendwie weiter entwickeln. (...) Weil es wird beim normalen Orthopäden, wenn sie da zu den Fachärzten selbst gehen. Das ist doch nicht ganz so das optimale und das wird immer zu kurz abgehandelt das Ganze.“ (Orthopädie: Frau L4, Abs. 87-91)*

(2): *„Das ich seit 4, 5 Jahren hohen Blutdruck hab. (...) Und, und das ich einmal diese medizinischen Punkte bewältigt kriege hier. Warum, wieso der Blutdruck so hoch ist. Dass ich den auch mal wieder runter bekomme.“ (Psychosomatik: Herr J4, Abs. 26)*

Therapien und Angebote

Vielen Teilnehmern – besonders in den psychosomatischen Gruppen – war es sehr wichtig, mehrere Einzelgespräche in Anspruch nehmen zu können. Hierauf bezogen wurde von der Erfahrung berichtet, in vorangegangenen Maßnahmen mit Gruppengesprächen getröstet worden zu sein (1). Es bestand jedoch die Einsicht, dass auch Gruppengespräche aufgrund der Austauschmöglichkeit mit anderen Betroffenen sinnvoll sein können; ein ausgewogenes Verhältnis erscheint folglich angemessen (2). Von vielen Rehabilitanden wurde im aktiven Bereich ein großes Sportangebot sowie Krankengymnastik – in der Orthopädie z. B. in Form von Bewegungsbädern – erwartet (3). Auch passive Maßnahmen wie z. B. Massagen, Fangopackungen oder Lymphdrainage erschienen einigen Teilnehmern sehr wichtig. Große Erwartungen bestanden bezüglich der Sozial- bzw. Berufsberatung (4), da hinsichtlich der beruflichen Zukunft zum Teil große Unklarheit herrschte. Weitere Wünsche bezogen sich auf das Angebot einer Ernährungsberatung und entsprechender praktischer Übungen (5) sowie dem Angebot eines Stressbewältigungstrainings. Während bei den psychosomatischen Rehabilitanden zusätzlich das Bedürfnis nach Trauerarbeit und einer kognitiven Verhaltenstherapie geäußert wurde, erwarteten mehrere kardiologische Teilnehmer, eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitslebens zu erlernen sowie ausführliche Informationen über die eigene Erkrankung zu erhalten (6). Die (Neben-) Wirkungen von Medikamenten, die eigene Belastbarkeit bzw. körperliche Grenzen und allgemeine Informationen zum Krankheitsbild waren dabei von Interesse.

- (1): „Ich hoffe, dass es hier im Haus ´n bisschen anders gehandhabt wird, wie in der letzten psychosomatischen Reha in W. Das man, wenn man ´n Einzelgespräch wünscht, das auch bekommt. Da wurde man nur vertröstet. Gruppengespräche.“ (Psychosomatik: Herr J1, Abs. 46)
- (2): „Gemischt. Und nicht nur einzeln. Nicht nur einzeln. Und nicht auch nicht nur Gruppen. Ich denk, gemischt ist richtig. (...) Damit man auch merkt, andere haben genauso Probleme wie man selber.“ (Psychosomatik: Frau I6, Abs. 232)
- (3): „Was gut ist eben, eh, Wassergymnastik. Wo man eben ohne Belastung den Bewegungsapparat wieder ´n bisschen in Gange bringen kann. (Orthopädie: Herr K1, Abs. 76)
- (4): „Und da denk ich, irgendwie hier schon ´ne Vorinformation möchte ich hier in der Reha-Maßnahme. Welche Möglichkeiten gibt es nachher. Wohin kann ich mich wenden, wenn ich hier fertig bin. Und wenn ich diese Reha-Maßnahme abgeschlossen habe und eigentlich klar ist, ich möchte was anderes arbeiten, welche Unterstützung krieg ich da. Und das sollte eigentlich meiner Meinung nach hier stattfinden.“ (Psychosomatik: Herr J2, Abs. 278)
- (5): „Nochmal ´ne gute Ernährungsberatung. Weil ich auch Probleme hab mit ´m, mit ´ner Darmgeschichte. Und das man das nicht, eigentlich nicht nur gesagt kriegt oder wie auch immer, sondern auch irgendwie hier gezeigt kriegt. Oder auch mal, ja, vielleicht Kochkurs würd ich mal.“ (Psychosomatik: Frau I6, Abs. 299)
- (6): „Das kann auch ´n Vortrag sein, das ist mir egal. Hauptsache, dass man weiß, wie diese Medikamente wirken. (...) das wäre doch schön, wenn man das gesagt bekommt.“ (Kardiologie: Herr N5, Abs. 97)

Psychologische Betreuung

Das Bedürfnis, Strategien im Umgang mit psychischen Problemstellungen zu erlernen, bestand in allen Indikationen. Diese Strategien sollten sich unter anderem auf das Schöpfen neuer Kraft bzw. neuen Mutes, das „Nein-Sagen“ sowie (v. a. in der Psychosomatik) auf das Erlernen von Eigenständigkeit und den Abbau von Zukunftsängsten beziehen (1). In der Kardiologie besaß der Umgang mit dem kardiologischen Akutereignis zudem besondere Bedeutung (2). Der konkrete Wunsch nach psychologischen Einzel- bzw. Gruppengesprächen wurde vor allem in der Psychosomatik geäußert (3).

- (1): „Also es ist so, auch wenn´s mir wirklich schlecht geht, ich werd ´s nie sagen, das das mir schlecht geht. (...) Würd ich gerne lernen, das umzusetzen. Einfach mal „Nein“ zu sagen, so ich nehm jetzt mal Zeit für mich.“ (Orthopädie: Frau L3, Abs. 287-292)
- (2): „Und das ist ´n sehr großer privater Einschnitt auch in meiner Lebensform, die ich hab. Und, ich erwarte, dass ich z. B. psychologische Hilfe bekomme, um sowas aufzuarbeiten, um überhaupt mit der neuen Lebenssituation fertig zu werden.“ (Kardiologie: Herr Q5, Abs. 128)

(3): „Und in dieser Zeit möchte ich einfach auch nochmal meine so, also einfach meine Lebensthemen, die mich immer wieder in tiefe Krisen führen, nochmal begucken und gucken, also im Grunde genommen, wie so ´ne Inventur. Was behalte ich, was will ich wirklich hier lassen. Was will ich Neues, also was Neues entwickeln. In den Gruppen, in den Einzeltherapien.“ (Psychosomatik: Frau I2, Abs. 59)

Zielvorstellungen

Das vorrangige Ziel der Rehabilitanden bestand in einer Verbesserung der Gesundheit. Hierzu gehörten vor allem Schmerzlinderung bzw. Schmerzfreiheit, die Steigerung der körperlichen Fitness und Beweglichkeit, Muskelaufbau sowie eine Gewichtsabnahme (1, 2). In allen Indikationen war das Erlernen des Umgangs mit der Krankheit ebenfalls von großer Bedeutung (3). Im Rahmen zweier Frauengruppen (Orthopädie und Psychosomatik) wurde diesbezüglich der Wunsch formuliert, eine dauerhafte, im Alltag umsetzbare Verhaltensänderung zu erreichen. Vor allem von Rehabilitandinnen wurden in allen Indikationen zudem Erholung und Entspannung vom Alltag sowie der Wunsch nach körperlicher bzw. psychischer Aktivierung und Motivation als wichtige Therapieziele genannt (4). Das Wiedererlangen von Lebensfreude war besonders in der Psychosomatik von Interesse, während kardiologische Rehabilitanden ihre neuen körperlichen Grenzen austesten bzw. kennenlernen wollten. Ebenso waren die Klärung der beruflichen Zukunft (5), die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie der Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen (6), für einige Rehabilitanden von großer Relevanz.

(1): „Und da sind eben die Erwartungen, wie ich schon sagte, Schmerzlinderung.“ (Orthopädie: Herr K1, Abs. 44)

(2): „Meine Erwartungen sind halt, dass ich körperlich wieder fitter werde. Weil, durch Medikamente, die ich einnehmen muss, durch meine Erkrankung halt, sehr eingeschränkt bewegungsfähig geworden bin.“ (Psychosomatik: Herr J1, Abs. 14)

(3): „Und das man nicht mehr so leistungsfähig ist, das muss man sowieso für sich selbst erkennen und akzeptieren. Das ist nicht einfach. (...) Das ist ´n Kopfproblem.“ (Orthopädie: Frau L4, Abs. 269-271)

(4): „Das man wieder mehr motiviert ist. (...) Und erwarte, dass ich wieder ´n bisschen, also besser (weint) Entschuldigung. Also das ich etwas mehr Kraft habe wieder für alles.“ (Orthopädie: Frau L7, Abs. 39)

(5): „Was mich natürlich mehr beschäftigt, ist halt, kann ich wieder rein in meinen Beruf. Kann ich den wieder aufnehmen? (...) Ob ich, oder Frührente einreichen muss. Das ist eigentlich im Grunde mein Hauptproblem.“ (Orthopädie: Frau L3, Abs. 68-70)

(6): „Das man wieder körperlich fit gemacht wird. Das man wieder belastungsfähig ist und das man möglichst seine Aufgabe wieder in der Gesellschaft ausführen kann. Sprich Berufsleben, Familie usw.“ (Kardiologie: Herr N1, Abs. 43)

3.1.1.2.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme

Therapien und Angebote

Kardiologische und psychosomatische Rehabilitanden äußerten sich negativ über die kurzen und teilweise als oberflächlich empfundenen Aufnahmegespräche (1). Hinsichtlich der Einzelgespräche mit Psychologen, Therapeuten und Ärzten schilderten viele Rehabilitanden jedoch positive Erfahrungen (2, 3). In diesen wurde gut auf die Rehabilitanden eingegangen und die Klärung vieler krankheitsbezogener Probleme war möglich. Allerdings wurde auch hier mehrfach die kurze Dauer und geringe Anzahl der Einzelgespräche bemängelt (4); in der Orthopädie seien diese aus Sicht einzelner Rehabilitanden darüber hinaus zu oberflächlich verlaufen (5). Dieser Zustand erschien problematisch, da viele Rehabilitanden die Einzelgespräche als wesentliche Grundlage einer Verhaltensänderung ansahen. Im Vergleich zu Gruppengesprächen wurden diese zum Teil klar präferiert. Für viele Rehabilitanden waren jedoch auch Gruppentherapien nicht weniger wichtig (6), welche den großen Vorteil des Austausches mit anderen Betroffenen bieten und dadurch als sehr hilfreich bezüglich des Umgangs mit der Krankheit empfunden wurden.

(1): „Also mein Eingangsgespräch, bis ich dann so warm wurde und aus mir herausgehen konnte, da war die Zeit um. Und das fand ich ganz schrecklich. Also dies Erstgespräch, das müsste irgendwie.. offenes Ende sein.“ (Psychosomatik: Frau C3, Abs. 551)

(2): „Ja und ich hab die Erfahrung noch gemacht mit einem therapeutischen Ansatz, d.h. mit der Psychologin. Diese Krankheitsbewältigung, weil die sehr extrem bei mir war. Ich hatte in kürzester Zeit 3 Operationen und alles schwerwiegende und ja war so ziemlich hilflos, als ich hier ankam. Und hab dann Einzelgespräche gehabt und die haben ordentlich was gebracht.“ (Kardiologie: Herr R4, Abs. 239)

(3): „Wovon ich auch positiv überrascht war, waren halt die Einzelgespräche. Ich hab das Glück, das ich die Frau Dr. AA hatte hier im Haus. Erst mal ist sie mir sehr sympathisch und auch sehr entgegenkommend gewesen.“ (Psychosomatik: Herr P2, Abs. 25)

(4): „Ich mein das könnte etwas mehr sein, was man die Möglichkeit hätte, sich zu äußern, oder, etwas zurück zu bekommen. Weil man ja diese Einzelgespräche ja auch nur 20 min oder ¼ h oder halbe Stunde lang sind die. Die sollten unbedingt länger sein.“ (Psychosomatik: Frau C1, Abs. 127)

(5): „Einzelbehandlung ist auch schwierig, da kommt auch nicht viel rüber, wenn ich ehrlich bin. Weil das ist mehr so, hach, wie soll ich sagen, das ist so, es wird oberflächlich hier gemacht. Auch die Einzelbehandlungen, die man hat. Oberflächlich, ganz oberflächlich läuft das hier.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 515)

(6): „Das andere ist natürlich, dass mir hier also diese Gruppen-Psychotherapie sehr gut getan hat. Also das war ´ne ganz tolle Sache.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 31)

Die Rehabilitanden äußerten sich in allen Indikationen sehr erfreut über die vorhandenen Sportangebote (1); besonders das Schwimmen sowie die Medizinische Trainingstherapie fanden großen Anklang. Ebenfalls positiv wurde die Krankengymnastik bewertet (2), wobei diese den Teilnehmern vor allem in Form von Bewegungsbädern zusagte (3). Sehr zufrieden waren die Rehabilitanden auch mit dem Angebot an passiven Therapien: Massagen sowie Behandlungen mit dem Medi-Jet wurden mehrfach erwähnt (2). Allerdings wurde bemängelt, dass diese zum Leidwesen der Rehabilitanden nur in sehr begrenzter Anzahl zur Verfügung standen. Das Fehlen von kreativen Angeboten (Malen, Singen) war ein weiterer Kritikpunkt einiger psychosomatischer Rehabilitandinnen. Einzelne Teilnehmer berichteten von einer insgesamt zu niedrigen Intensität der Behandlung, da sie sich von den Therapieangeboten unzureichend ausgelastet fühlten. Bei einer Teilnehmerin ging es gar so weit, dass sie die Maßnahme gar nicht angetreten hätte, wenn ihr die geringe Intensität im Vorwege bekannt gewesen wäre (4).

(1): „Und also die Beschwerden durch dieses tägliche Training, ob nun im Schwimmbad oder Muskelaufbautraining, war auch sehr, sehr gut und die Beschwerden sind dadurch auch zurückgegangen.“ (Psychosomatik: Frau T5, Abs. 28)

(2): „Und dann eben im Bereich Fitness, Wellness, dieses Hydro-Jet-Modell da, das war ganz Klasse zum entspannen und auch Entspannungsbäder und zuletzt auch diese Umstellung auf Krankengymnastik, das also, das waren Sachen, die also sehr zu meinem Wohlbefinden beigetragen haben.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 128)

(3): „Und was noch ist, für Knochenkranke, ist auch das Bewegungsbäder müssen viel größer sein hier. Und damit man jeden Tag mindestens ein Bad kriegt (...) Das bringt ´m alten Menschen so viel wie noch nie. Weil im Wasser trägt der ganze Körper nicht.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 263-270)

(4): „Weil ich hab ja, eh, so im Nachhinein sag ich ja, hätt ich so einiges gewusst, dann hätt ich das Ganze gar nicht gemacht. Weil diese Anwendungssachen waren für mich individuell zu wenig. Also ich bin nicht genügend beschäftigt worden. (...) ich hatte manchmal Tage, da waren nur zwei Anwendungen denn.“ (Orthopädie: Frau U5, Abs. 669)

Die angebotenen Vorträge waren aus Sicht der Rehabilitanden sehr hilfreich (1). So konnten diese dazu beitragen, ein Verständnis über Ursachen und Zusammenhänge der Erkrankung zu erlangen, welches vor der Rehabilitation durch die behandelnden Haus- bzw. Fachärzte häufig nicht vermittelt werden konnte. In der Psychosomatik wurde dabei besonders die Vermittlung von ernährungsbezogenen Inhalten in Vorträgen sowie Kursen geschätzt – die ungenügende Ernährungsberatung in der Kardiologie rief hingegen Unverständnis und Unmut hervor. Stressbewältigungstraining war für kardiologische und psychosomatische Teilnehmer von großer Bedeutung, während die Trauerbewältigung und Sozialberatung – die aufgrund beruflicher Unsicherheit für einzelne Teilnehmer sehr wichtig war – nur in der Psychosomatik positiv erwähnt wurden (2). Bei einzelnen Rehabilitanden bestand hingegen Frustration, da in der Sozialberatung subjektiv wichtige Fragen aus Zeitmangel nicht gestellt werden konnten (3). Einzelne positive Äußerungen bezogen sich auf die Atem- und Ergotherapie (4).

(1): „Aber ich muss dazu sagen, bei den Vorträgen (...) Man wurde eigentlich richtig aufgeklärt, was die Orthopäden, wenn wir zum Arzt gehen, eigentlich nicht machen. Wie sich die Sache nun genau verhält, wenn man da oder da Schmerzen hat, in welchem Zusammenhang das steht.“ (Orthopädie: Frau U5, Abs. 669)

(2): „Trauerbewältigung, ich war jetzt in ´ner Trauergruppe. Ja, die war also für mich sehr, sehr gut. Viele Denkanstöße und ja, auch das Aussprechen alleine schon.“ (Psychosomatik: Frau C3, Abs. 263)

(3): „Ja, bei mir ist so, ich war auch bei der Sozialberatung und mir hat´s bis jetzt net weitergeholfen. (...) Ich hab ´ne ganze Liste dabei gehabt mit Fragen und die hab ich gar nicht alle bringen können. Also ich bin da frustriert rausgegangen.“ (Psychosomatik: Herr H5, Abs. 432)

(4): „Ich bin sehr, ja, begeistert und erstaunt, was Ergotherapie alles zutage bringt. Also die find ich total wichtig.“ (Psychosomatik: Frau H3, Abs. 181)

Freizeit- und Wochenendangebote

Die Freizeit- und Wochenendgestaltung lag nach Aussagen der psychosomatischen Rehabilitanden eher in der Eigenverantwortung des Einzelnen. Klinikseitige Angebote beschränkten sich auf die Nutzung von Sauna und Fitnessraum bzw. Einzelaktivitäten an den Wochentagen. Einige Rehabilitanden begrüßten die notwendige Eigeninitiative und Möglichkeit des Ausruhens, andere wünschten sich mehr Angebote; um Kontakte zu knüpfen insbesondere zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. In der Orthopädie wurde sich mehrfach sehr positiv bezüglich der Häufigkeit und Vielfalt der angebotenen Aktivitäten geäußert. Andererseits wurde in allen Indikationen darauf verwiesen, dass am Wochenende sehr viel Leerlauf bestünde, der durch die wenigen Freizeitangebote nicht aufgefangen

werden könne (1). Die fehlende Möglichkeit, über das Wochenende nach Hause zu fahren, wurde vor diesem Hintergrund bemängelt.

(1): *„Da könnte man die Sachen vielleicht auch am Wochenende noch weiter mit durchziehen. Denn am Wochenende ist doch, wenn man's nicht selber macht, also, ziemlich viel Leerlauf. Nich, also, da kann einem hier die Decke auf 'n Kopf fallen.“ (Orthopädie: Frau U7, Abs. 469)*

Patientenorientierung

Das Thema Patientenorientierung war für die Rehabilitanden aller Indikationen von zentralem Interesse. Viele Teilnehmer äußerten sich positiv bezüglich des einfühlsamen, rücksichtsvollen und fürsorglichen Umgangs der Ärzte und Therapeuten mit den Patienten (1). Diese gaben sich große Mühe, auf die Wünsche und Problemstellungen einzelner Rehabilitanden bei der Gestaltung des Therapieplans (Therapieauswahl und -dichte) einzugehen (2). Allerdings wurde in allen Indikationen auch die Erfahrung geschildert, dass nicht nach therapiebezogenen Wünschen und Vorstellungen gefragt bzw. nicht auf diese eingegangen worden sei (3). Informationen über das angebotene Behandlungsspektrum fehlten (4), was eine Mitbestimmung bei der Therapieauswahl zusätzlich erschwerte. Trotz ungenügender Erklärungen über resultierende Konsequenzen wurden in der Psychosomatik jedoch wichtige therapeutische Entscheidungen (Wahl zwischen tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Behandlungsausrichtung) von den Rehabilitanden verlangt (5); einige Teilnehmer bemängelten außerdem, dass Inhalte beider Behandlungsansätze von Interesse waren (6). Auch in anderen Bereichen besteht aus Sicht der Teilnehmer ein schwerwiegendes Informationsdefizit: Erklärungen zu krankheits- und therapiebezogenen Fragen der Rehabilitanden reichten nicht aus (7, 8) und die vermittelten Informationen waren teilweise zu anspruchsvoll und dadurch unverständlich (9). In der Orthopädie wurde zudem von einer ungenügenden Betreuung während der Therapien berichtet, so dass bei Übungen keine Korrektur bzw. Hilfestellung angeboten wurde (10).

(1): *„Freundliches Personal und das haben wir auch gefunden.“ (...) ↑ „Ja einfühlsame Therapeuten, muss ich sagen, die sich auf einen“ (...) ↓ (lacht) „Auf einen losstürzen.“ (Orthopädie: Frau F5, F8 und F7, Abs. 130-136)*

(2): *„Und auch ohne Probleme Sachen umgestellt, wo ich früher im Plan drin hatte, wo ich dann andere Sachen machen konnte, die ich mit 'm Fuß nicht mitmachen konnte. (...) Also da hab ich mich sehr gut angenommen gefühlt, und hatte auch das Gefühl gehabt, hier das auch, dass die, egal welche Mitarbeiter das hier waren, sehr ernst genommen haben und sich also auch dafür verantwortlich gezeigt haben. (...) Das fand ich Klasse.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 31)*

- (3): „Ja ich hab das angesprochen, dass ich da eigentlich bestimmte Sachen nicht machen möchte, da hieß es aber, die Bewegungstherapie ist eben Teil der Therapie. Und wenn ich das dann nicht mitmachen will, dann muss ich mich hinsetzen und eben zugucken. Chic. Dann fühlt man sich so richtig ausgegrenzt. (...) Aber ich mein, es sollte doch wirklich so sein, das es allen gefällt. Also das jeder das machen kann, was ihm wirklich auch zusagt und wo er auch merkt, dass es ihm was bringt. (...) Aber ich fühl mich dabei dann nicht wohl, denk ich mal, dann ist das nicht in Ordnung.“ (Psychosomatik: Frau H2, Abs. 186-235)
- (4): „Ich hab vermisst, das am Anfang aufgeklärt wird, was es überhaupt für Gruppen oder Therapien hier gibt.“ (Psychosomatik: Herr H5, Abs. 198)
- (5): „Wie Herr P1 jetzt auch sagte, so ´ne, mit dem tiefenpsychologischen Ansatz und mit dem verhaltenstherapeutischen Ansatz. Das müsste man eigentlich vor dieser, vor diesen Fragebogen schieben. Damit die Patienten, alle die hierherkommen, eigentlich wissen: Aha, so läuft das hier. Da kann ich mich entscheiden, das bedeutet für mich das. Und wenn ich da meinetwegen Verhaltenstherapie ankreuze, dann bedeutet es das für mich.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 75)
- (6): „Es hat geheißen, man hat, kann nur eine IG machen. Also keine zwei parallel, z. B. Ängste und so, das hab ich überhaupt nicht gehabt.“ (Psychosomatik: Herr H5, Abs. 161)
- (7): „Ich hab nämlich ´ne Info-Broschüre bekommen von der Klinik und die war toll. Also da war der Patient unglaublich im Mittelpunkt (...) dann konnte man den Eindruck gewinnen (...) das die Teams nur darauf warten, das wir mit unseren Fragen kommen, um die dann nun kompetent zu beantworten. Und genau das passiert nicht. Sondern wenn dann Fragen da sind, ja, dann steht man damit ziemlich im Regen.“ (Kardiologie: Herr D5, Abs. 272)
- (8): „Information darüber über ´n eigenen Zustand, wie der Körper reagiert, wird hier zu wenig behandelt. Im großen Raum schon. Da kannst du denn Fragen stellen innerhalb von 10 Minuten. Dann sind da so 3, 4, 5, 6, 7 Leute, die erzählen was und fragen was. Und das wird denn auch erfüllt. Aber denn ist Sense damit, also das find ich ´n bisschen kurz da.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 236)
- (9): „Und der theoretische Teil, eh, war manchmal eher für Medizinstudenten als für Laien übergebracht. (...) Ich hab bei den ersten Sachen immer gedacht: Öh, sollst du jetzt Medizin studieren? Hier, Begriffe und die wurden dann nicht erklärt (...) Also mehr für Studenten, also mehr Lehrunterricht, aber nicht für so, sagen wir mal Laien, wie wir, wie die Patienten das ja sind, ne. Also da sollte sich eigentlich ´n bisschen was tun.“ (Orthopädie: Frau U5, Abs. 39-42)
- (10): „Oder an den Geräten in der, bei der, in der Mucki-Bude. Da find ich auch, da wird zu wenig zugesehen. Also das die Leute: Das machst du verkehrt, das machst du verkehrt. (...) Und ich find, einige, die gucken weg, anstatt mehr drauf einzugehen bei den Patienten.“ (Orthopädie: Herr O2, Abs. 89-91)

Subjektiv Erreichtes

Die Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, Fitness sowie Mobilität war besonders für kardiologische und orthopädische Rehabilitanden ein wesentlicher Therapieerfolg (1). Psychosomatische Rehabilitanden schätzten vor dem Hintergrund einer Antriebslosigkeit vor allem die erfolgte Motivation und Aktivierung. Nur selten wurde die Rehabilitation negativ bewertet (2). Hauptsächlich Frauen gaben an, im Verlauf der Rehabilitation Entspannung und Erholung vom Alltagsstress erreicht zu haben (3). Angebote wie autogenes Training sowie der Abstand vom Alltag, der als wesentlicher Vorteil einer stationären Rehabilitation verstanden wurde, waren hierbei hilfreich. In einer psychosomatischen Frauengruppe wurde beschrieben, dass durch die vermittelten Informationen ein größeres Verständnis des eigenen Krankheitsbildes erlangt werden konnte (4). Rehabilitanden aller Indikationen betonten zudem, alte Verhaltensmuster verändert und den Umgang mit der Krankheit gelernt zu haben (5, 6). Dies stellte für sie ein wichtiges Ergebnis des Rehabilitationsprozesses dar. In Hinsicht auf den Wunsch nach Schmerzfremheit bzw. -linderung gaben einige Teilnehmer an, dass im Laufe der Rehabilitation eine Reduktion der Beschwerden eingetreten sei (7); Schmerzfremheit wurde im Nachhinein als unrealistische Erwartung erkannt. Wenige Rehabilitanden beschrieben allerdings anstelle einer Besserung, sogar eine Zunahme der Beschwerden (8). Ausschließlich psychosomatische Rehabilitanden berichteten davon, Zielvorstellungen für die Zeit nach der Maßnahme entwickelt zu haben (9). Nach dem Verständnis der Teilnehmer ist dies die Grundlage einer längerfristigen Fortführung der Therapieinhalte im Alltag.

(1): *„Also jetzt ist es ja quasi so, dass man schon mal wieder belastbar ist“ (Kardiologie: Frau E7, Abs. 109)*

(2): *„Ich bin eigentlich mit hohen Erwartungen hergekommen, weil ich im Beruf sehr erschöpft war (...) soziale Phobien, Depressionen hab ich ja auch noch, also die volle Packung und es hat sich eigentlich nichts getan. (...) wegen ADS bin ich hier hergekommen (...) und es hat mich nicht groß weitergebracht.“ (Psychosomatik: Herr H5, Abs. 157)*

(3): *„Ich hab mich wirklich gut erholt hier. Kann ich wirklich sagen.“ (Psychosomatik: Frau T4, Abs. 33)*

(4): *„Ich hab hier erst gelernt, was Depressionen überhaupt sind. (...) Depressionen, nö, Depression war für mich: ganzen Tag im Bett liegen, Decke über ´n Kopf. Dann hab ich hier den Vortrag gehört, ich bin bald vom Stuhl gefallen. Da hab ich mich selber in eine mittelschwere Depression eingestuft. Und was dann also nachher auch bestätigt wurde. Das fand ich hammerhaftig.“ (Psychosomatik: Frau C2, Abs. 206)*

(5): *„Also bin ich total, also wie gesagt, durch meine Therapie hab ich ja auch viel gelernt, mit Dingen umzugehen und das vergisst man nicht. Vergisst man einfach nicht. Das behält man das Leben.“ (Orthopädie: Frau F2, Abs. 229)*

- (6): „Und ich bin dabei oder auf ´m Weg, auch zu lernen, mit meinen Depressionen umzugehen. Ich denk, da wurde mir hier schon sehr geholfen.“ (Psychosomatik: Frau H3, Abs. 152)
- (7): „Also Schmerzen verlieren tut man ja hier nicht ganz, aber lindern, (...) Schmerzen lindern.“
└ „Das ist es. Ja.“ ┘ (Orthopädie: Frau F7 und F8, Abs. 167-170)
- (8): „Also ich habe keine Schmerzfreiheit oder weniger. Ich habe immer noch den Stand, wie ich hier her gekommen bin.“ └ „Also bei mir ist es wesentlich schlimmer geworden in den 14 Tagen hier.“ ┘ „Ja. Bei mir auch.“ (Orthopädie: Herr G1, G4 und G2, Abs. 155-157)
- (9): „Aber das man im Grunde genommen mit einer, das dran gearbeitet wird, dass eine klare Zielvorstellung da ist. Und das muss ich in mir manifestieren. Und dann hab ich ´n guten Weg, dass ich gesund werde.“ (Psychosomatik: Frau C2, Abs. 431)

3.1.1.2.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge

Therapien und Angebote

In der Orthopädie bestand der Wunsch nach einem breiter gefächerten Behandlungsprogramm mit Wahlmöglichkeiten z. B. zwischen verschiedenen Sportarten. Sehr häufig wurde auch das Bedürfnis nach einer größeren Verfügbarkeit passiver Maßnahmen – z. B. in Form von Massagen und Entspannungsbädern – formuliert (1). Die Ernährungsberatung spielte besonders für Rehabilitanden mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wichtige Rolle (2). Auch hier wird Verbesserungspotenzial beschrieben: Die Ernährungsberatung sollte möglichst zu Beginn der Rehabilitation stattfinden, ausführlicher und praxisnäher gestaltet sein sowie auf individuelle Problemlagen der Rehabilitanden abgestimmt werden. Ein praktischer Kochkurs zur Vertiefung der theoretisch vermittelten Ernährungshinweise könnte aus der Sicht orthopädischer Teilnehmer eine sinnvolle Erweiterung darstellen.

- (1): „Ja diese Entspannungsbäder, die hätte ich auch gern etwas mehr gehabt.“ (Orthopädie: Frau U7, Abs. 47)
- (2): „So wenn sich also jemand mit mir hinsetzte und würde sagen, hier guck mal, deine Cholesterin-Werte (...) Die sehen so und so aus und das bedeutet für dich konkret, in dem Bereich solltest du achtsam sein. (...) Dat würd ich mir z. B. wünschen, dat wär für mich ´ne konkrete, auf mich bezogene Ernährungsberatung und nicht eben diese Allgemein-Formulierung, was generell denn vielleicht hilft oder nicht hilft.“ (Kardiologie: Herr D5, Abs. 220)

Freizeit- und Wochenendangebote

Aufgrund des vielen Leerlaufs am Wochenende wurde von mehreren Rehabilitanden der Vorschlag gemacht, zur Überbrückung freiwillige Wochenendangebote anzubieten (1). Somit

könnte jeder Rehabilitand die Freizeit nach den individuellen Ansprüchen gestalten und bei entsprechendem Wunsch die therapeutischen Inhalte auch am Wochenende weiterführen.

(1): *„Da könnte man die Sachen vielleicht auch am Wochenende noch weiter mit durchziehen. Denn am Wochenende ist doch, wenn man´s nicht selber macht, also, ziemlich viel Leerlauf. (...) Aber ist freiwilliges Angebot, wenn Sie nicht wollen (...), denn wieder rausnehmen.“*
(Orthopädie: Frau U7, Abs. 469)

Patientenorientierung

Die gemeinsame Absprache von Therapieplänen zwischen Arzt und Rehabilitand und in diesem Rahmen auch die Gewährung eines Mitspracherechts bezüglich der Therapieauswahl waren für viele Rehabilitanden von großer Bedeutung (1). Sie möchten sich mit ihren eigenen Erfahrungen und Vorstellungen aktiv in den Behandlungsprozess einbringen. Da im Erstgespräch von psychosomatischen Patienten bereits eine grundlegende Therapieentscheidung verlangt wurde, wünschten sich vor allem Rehabilitanden dieser Indikation umfangreichere Informationen vor Reha-Antritt und ein ausführlicheres Aufnahmegespräch (2). Die Bereitstellung von Informationen über Therapieangebote und deren Zweck bzw. Nutzen für den Rehabilitanden wurde jedoch auch in kardiologischen und orthopädischen Fokusgruppen gefordert (1, 3, 4) um eine individuelle Auswahl von Behandlungsangeboten zu ermöglichen.

(1): *„Das geht nur einfach darum, dass man, ohne dass man gefragt wird oder ohne dass einem gesagt wird, welche Möglichkeiten man hat und wie man sich selber einschätzt, was man jetzt erst mal erreichen kann, dass da einfach ein Programm aufgestellt wird und man wird dann vor diese vollendete Tatsache gestellt. Man weiß ja auch gar nicht, was in diesen einzelnen Programmen nun drin ist. Ich meine, wenn ich so ´ne Hockergymnastik oder so im Sitzen mach, das ist nun ´n bisschen was anderes, als wenn ich jetzt anfangen, draußen herumzulaufen. Nicht? (...) Und das denke ich, das man da vielleicht mal, ja, bei den Patienten dann doch vielleicht mal ´ne Liste erstellt und sagt, das haben wir, das bieten wir an. Das und das wird da in etwa gemacht. Was trauen Sie sich selber zu. Wollen wir das mal gucken. Das man das abspricht, nicht, das man einfach dieses Programm kriegt und denn so nach dem Motto: Friss oder stirb.“* (Kardiologie: Frau E7, Abs. 233)

(2): *„Über das Erst-Gespräch dann halt, in dem Moment, wo man hier hin kommt, dann ´n Stück Information über das, was ansteht. ↓ Ja, z. B. Tiefenpsychologie oder Verhalten. ↑ ´N Stück Erklärung halt zu diesen Entscheidungen, die man auch treffen muss. ↓ Ja.“*
(Psychosomatik: Herr P1, P3 und M1, Abs. 286-292)

(3): *„Das es beispielsweise Informationszettel gibt: Was bietet das Haus an. Und was ist wofür empfehlenswert.“* (Kardiologie: Herr Q4, Abs. 293)

(4): „Ja mal ein richtiges Programmheft für Kranke. Für die Fälle so richtig durchstrukturiert. Was man alles kriegen kann da und so. Das jeder das in Ruhe lesen kann, was möglich ist.“
(Orthopädie: Herr G7, Abs. 607-608)

3.1.1.3 Spezielle Therapieangebote für die medizinische Rehabilitation Älterer

3.1.1.3.1 Berufliche Ausrichtung der Rehabilitation

Eine berufsbezogene Ausrichtung der Rehabilitation wird generell als wichtig erachtet (1). Im Rahmen der Rehabilitation sollten Alternativen für die berufliche Zukunft erörtert und Strukturen für berufsbezogene Hilfestellungen nach der Reha geschaffen werden. Dabei ist die Informationsvermittlung aus Sicht der Rehabilitanden vor allem auf die Notwendigkeit einer veränderten Herangehensweise an die Arbeit auszurichten, um ein erneutes Auftreten von Beschwerden langfristig zu vermeiden (2). Es wurde in diesem Zusammenhang der Vorschlag gemacht, den Rehabilitanden für die Zeit nach der Rehabilitation einen Leitfaden mitzugeben (3), welcher Informationen zur Umsetzung berufsbezogener Inhalte im Alltag enthalten sollte. Stressbewältigungstraining wurde vor allem in der Kardiologie als relevant für das spätere Berufsleben betrachtet und entsprechend eingefordert, während von psychosomatischen Rehabilitanden besonders Gespräche mit anderen Betroffenen in den Gruppentherapien als hilfreich für die berufliche Zukunft empfunden wurden (4).

Rehabilitanden aller Indikationen äußerten den Wunsch nach einer stufenweisen Wiedereingliederung – gerade in der Übergangsphase stände somit Zeit für die Integration der erlernten Inhalte in den Alltag zur Verfügung (5). Allerdings bestanden große Zweifel hinsichtlich der Realisierbarkeit bei bestimmten Berufsgruppen (z. B. LKW-Fahrer) (6). Viele Rehabilitanden beklagten zudem, dass verschiedene berufsbezogene Therapieinhalte (z. B. das „Nein sagen“ - Lernen oder gesündere Bewegungsabläufe) in der Arbeitspraxis nicht umsetzbar seien (7). Auch eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes bzw. Arbeitsablaufs, z. B. durch besser geeignete Möbel, erscheint vielen Rehabilitanden unmöglich, da ein Unwille des Arbeitgebers antizipiert wird (8). Der Wunsch nach Unterstützung seitens der Kostenträger, um die rehabilitationsbezogenen Empfehlungen durch gezielte Kontaktaufnahme des Arbeitgebers durchsetzen zu können, war folglich für viele Teilnehmer von großer Bedeutung (9). Weitere Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf das Konzept einer mit der Rehabilitationsklinik kooperierenden Firma, in der geeignete Arbeitsabläufe geübt werden können, sowie auf Rollenspiele zum beruflichen Konfliktmanagement, welche besonders in der Psychosomatik von Interesse waren.

(1): „Wenn ich also zurückkomme, und ich steh da alleine gelassen davor, dann kommt erst mal das ich wieder in so ´n Loch rein falle. (...) Und da wär es für mich wichtig, dass das hier

- beginnt und auch (...) da auch weiter begleitet wird. So das, wenn ich nach Hause komme, da Ansprechpartner sind und sagen so und so, unter den und den Bedingungen können Sie noch arbeiten und so nicht. Also wir versuchen jetzt mit denjenigen zusammen zu planen, wie wir was machen für Sie.“ (Psychosomatik: Herr J1 und J2, Abs. 272-290)*
- (2): *„Es ist auch wichtig, dass Ihr umdenkt, dass Ihr nicht mehr Euern Job so macht, wie Ihr ihn bisher gemacht habt. Es wurde vielleicht mal kurz angedeutet oder so. Aber ich, für mich müsste man da viel intensiver dran arbeiten, dass es einem wirklich klar wird. Ich kann mir das anhören und sagen: Jaja, da muss ich was verändern. Ne, aber ich muss es, ich muss es ja auch irgendwie mir verinnerlichen. Genauso, wie ich meine bisherige Verhaltensweise verinnerlicht habe. (...) Aber wenn ´s um die Menschen geht, der Mensch muss einfach umlernen und das find ich ganz wichtig.“ (Kardiologie: Herr S6 und S5, Abs. 340-342)*
- (3): *„So ´ne Art Leitfaden, ne, den man denn mit rausnimmt hier. Für das Spätere nach der Reha im Beruf.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 676)*
- (4): *„Gruppentherapie hat mir sehr geholfen. Weil ich habe z.T. schon vorher für mich einige Prioritäten setzen können. Im Berufsleben halt. Und bin ich auch zu der Erkenntnis gekommen, dass das längst noch nicht ausreicht. Das ich eigentlich noch mehr Prioritäten setzen muss und auch öfter mal „Nein“ sagen um mich nicht voll zu verausgaben oder ausgenutzt zu werden.“ (Psychosomatik: Herr P2, Abs. 239)*
- (5): *„Wo man mit paar Stunden dann auf der Arbeit anfängt, den Rest von der Krankenkasse zu kriegt, wenn man jetzt aus dieser Reha rauskommt. So dass man sich langsam wieder ran tasten kann an die volle Schicht. Die Zeit, die man denn zur Verfügung steht, weiter körperlich ertüchtigt.“ (Orthopädie: Herr G7, Abs. 273)*
- (6): *„Halben Tag nur, und dann stehen lassen und nach Hause gehen, das geht einfach nicht. Weder im Güterkraftverkehr noch im Personenverkehr.“ (Kardiologie: Herr S4, Abs. 470)*
- (7): *„Ich kann zu meinem Chef nicht „Nein“ sagen oder irgendwie innerhalb der Arbeit kann ich nicht „Nein“ sagen, haben die mir in der Kur gesagt und so. Das ist also sehr utopisch, was da gemacht wird von Ärzten.“ (Orthopädie: Frau U5, Abs. 133)*
- (8): *„So und denn geht man zum Chef und sagt: So, ich brauch jetzt aber, von der Marke hier, hehe (lacht etwas), den Stuhl und so ´ne Unterlage usw. (...) der Chef, der sagt doch: Denn geh mal woanders hin, Mensch.“ (Orthopädie: Frau F8, Abs. 733)*
- (9): *„Also ich würde mir wünschen, dass der Rentenversicherungsbund vielleicht mit dem Arbeitgeber sich kurzschließen könnte oder die Empfehlungen, die hier ausgesprochen werden über die Ärzte oder Therapeuten, dass das über den Deutschen Rentenversicherungsbund läuft und dem Arbeitgeber mitgeteilt werden könnte. (...) Das würde Sinn machen, ne? Weil das sind ja auch Empfehlungen, die hier erarbeitet werden. Und es ist dann manchmal so, man steht dann als Arbeitnehmer alleine da. Und wenn dann der Rentenversicherungsträger da als große Organisation hinter stehen würde, würden die Dinge wahrscheinlich mehr Gewicht bekommen beim Arbeitgeber.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs.177-181)*

3.1.1.3.2 Altersbezogene Ausrichtung der Rehabilitation

In allen Fokusgruppen wurde deutlich, dass aktuelle Rehabilitationskonzepte nicht auf altersbezogene Aspekte ausgerichtet zu sein scheinen. Nur eine psychosomatische Rehabilitandin berichtete positiv über einen Vortrag zu altersspezifischen Themen; eine Ausweitung entsprechender Angebote wurde gewünscht (1). Die unterschiedliche körperliche Leistungsfähigkeit und das aufgrund unterschiedlicher Lebenssituationen abweichende Interesse an bestimmten Themen macht aus Sicht einiger Rehabilitanden eine altersabhängige Gruppeneinteilung erforderlich (2). Allerdings wird eine Unterteilung allein aufgrund des Alters von der Mehrzahl der Rehabilitanden nicht als sinnvoll erachtet (3). Aspekte wie das individuelle Beschwerdebild (Multimorbidität) und die Leistungsfähigkeit sind nach Meinung der Teilnehmer für den Behandlungsablauf von größerer Bedeutung und sollten im Sinne einer problemorientierten Behandlung stärker in die Therapiegestaltung einbezogen werden (4, 5).

(1): *„Einmal wegen dem Autofahren war da was. ´N Vortrag. Wenn man mit 55 [Jahren] immer noch Auto fährt (...) was für Gefahren da auf uns zukommen. ¶ „Hätten Sie sich da mehr gewünscht?“ ↓ Mehrere „Ja“ (Psychosomatik: Frau T4 und M1, Abs. 490-496)*

(2): *„Das bei den Einteilungen eigentlich die Bedürfnisse der Klienten berücksichtigt werden. (...) Aufgrund wie z. B. Therapiegruppen, dass da ungefähr Gleichaltrige drin sind. Mit gleichen Lebensgeschichten, also d.h. also mit Entwicklungen, mit aus der gleichen Zeit kommen. Und das das dann eigentlich für den einzelnen wesentlich mehr bringt.“ (Psychosomatik: Herr J2, Abs. 220)*

(3): *„Also ich muss sagen, ich hab in den 6 Wochen an sich nichts vermisst. Hab nirgendwo den Eindruck gehabt, das das jetzt besser wär, das das speziell für Ältere sein muss. Das war eigentlich nirgendwo der Fall.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 212)*

(4): *„Nee auch negativ ist, das eben, man müsste eben die Krankheiten, wie Sie schon gesagt, die Rückenschmerzen haben, auch zusammen die Therapie machen. (...) Nicht eben, das man alles zusammen schmeißen tut. (...) Was hab ich davon, wenn ich mit einem zusammen die Therapie mache, der mit der Schulter (...) und mir bringt es nich mit dem Rücken nichts.“ (...) ¶ „Ja würden Sie sich denn also quasi getrennte Gruppen wünschen nach der Diagnose, möglicherweise nach dem Alter.“ ↓ „Das auf jeden Fall. Ja erst mal würde ich sagen, nach Diagnose.“ ¶ „Alter gar nicht mal so, ne.“ ↓ (Orthopädie: Herr O3, M1, M2 und O2, Abs. 286-294)*

(5): *„Und auf solche Leute wie uns muss man direkt individuell eingehen.“ (Orthopädie: Herr G4, Abs. 279-283)*

3.1.1.4 Rehabilitationsnachsorge

Relevanz

In allen Indikationen berichteten Rehabilitanden von der Angst, bei Rückkehr in den Alltag in alte Denk- bzw. Verhaltensmuster zurückzufallen (1). Aus diesem Grund wurde die Nachsorge als dringend erforderlich betrachtet (2). Diese sollte Hilfestellungen bei der Umsetzung des Gelernten im beruflichen und privaten Alltag geben und durch feste Strukturen zur Aufrechterhaltung der Rehabilitationsergebnisse beitragen (3, 4).

(1): *„Also, weil, es geht ziemlich schnell, wenn man wieder in alten Alltagstrott reinkommt. Unter bestimmten Bedingungen, ne, und hab ich einfach, also, man kann sich das vom Kopf her sagen, bloß ob man das dann so bewusst umsetzen kann, das ist ja was anderes. Und das wär also meine Erwartung, dass man da irgendwie Begleitung oder Unterstützung hat.“*
(Psychosomatik: Herr J2, Abs. 249)

(2): *„Wenn du keine Nach-Therapie machen tust, denn wird das sowieso nix.“* (Orthopädie: Herr O3, Abs. 125)

(3): *„Jeder, jeder Mensch ist glaub ich irgendwo faul. Und wenn du den ganzen Tag ´n Job hast mit Schmerzen, dann sollst du abends noch los oder vor der Schicht. Also das wär schon nicht schlecht, wenn wir so ´n bisschen an die Hand genommen werden dann noch. Da kriegt man wirklich noch paar Leute mehr mit weiter, das die denn dabei bleiben.“*
(Orthopädie: Herr G7, Abs. 391-397)

(4): *„Wenn man da denn nachher ´n Anstoß bekommt und nicht einfach sich wieder auf die Couch legt und wer weiß was, also da ´ne Verbindung zu schaffen, wär schon ganz gut.“*
(Kardiologie: Herr D1, Abs. 201)

3.1.1.4.1 Erwartungen an die Nachsorge

Aufgabenverteilung

Hinsichtlich der Aufgabenverteilung bestanden innerhalb der Gruppen unterschiedliche Ansichten darüber, wer die Verantwortung für die Organisation und Koordination der Nachsorge übernehmen sollte. So wurde einerseits vorgeschlagen, dass die Reha-Klinik schon während des Aufenthalts notwendige Schritte bezüglich der Nachsorge einleiten könnte (1), während andererseits die Krankenkasse bzw. der Rentenversicherungsträger als möglicher Verantwortlicher für diesen Bereich genannt wurde (2). Allerdings wäre aus Sicht der meisten Rehabilitanden der Haus- bzw. Facharzt aufgrund seiner Kenntnis des Patienten am besten als Ansprechpartner geeignet (3). Dieser sollte von der Klinik über den Behandlungsverlauf aufgeklärt werden und davon ausgehend bei Nachsorgebedarf eine Vermittlerrolle einnehmen. Andererseits wurde auch von mehreren Teilnehmern erkannt,

dass ein entscheidender Faktor für den langfristigen Erfolg der Nachsorge in der Übernahme von Eigenverantwortung besteht (4).

- (1): *„Aber es ist ja auch vieles, das man hier schon von der Klinik anleiern kann. Die kennen ja auch einige Psychologen. Das die dann sagen, hier, so und so.“ (Psychosomatik: Frau H1, Abs. 367)*
- (2): *„Da sind die Krankenkassen auch wieder in die Pflicht genommen. (...) Da muss eigentlich ein, eine Gesellschaft, muss ja Interesse haben im Anschluss auch ´ne Fortführung zu machen, damit sich diese Kosten auch gelohnt haben. Das ist ja so ´ne, für die Zukunftsperspektive.“ (Psychosomatik: Frau I2, Abs. 388)*
- (3): *„Ne, und dann eben in Zusammenarbeit mit dem, wo auch dieser Bericht jetzt hingeh, Hausarzt oder Spezialist oder sowas. Dass der dann das wieder weiter vorträgt, anbietet (...) was möglichst weitergemacht werden sollte.“ (Orthopädie: Herr K1, Abs. 186-190)*
- (4): *„Und dann eben die gesundheitliche weitere Betreuung. Die man selber denn in die Hand nehmen müsste in erster Linie auch.“ (Orthopädie: Herr G1, Abs. 307)*

Therapien und Angebote

Für die Teilnehmer aller Indikationen erscheint das Fortführen der sportlichen Betätigung im Anschluss an die Rehabilitation, etwa in Form von Fitnesstraining oder Schwimmen, unentbehrlich (1). Ein weiterer wichtiger Punkt für viele Rehabilitanden war das Angebot von Wasser- bzw. Krankengymnastik als Bestandteil der Nachsorge, wobei auch passive Maßnahmen wie Massagen für einige Teilnehmer eine Rolle spielten (2). Vereinzelt wurden Wünsche nach einer Fortsetzung der Atem-, Entspannungs- und Ergotherapie sowie nach einer Ernährungsberatung formuliert (3). Besonders für psychosomatische Rehabilitanden besitzt das Fortführen der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Nachsorge eine große Bedeutung (4), doch auch in der Kardiologie und Orthopädie war eine ambulante Psychotherapie für einzelne Teilnehmer von Interesse.

- (1): *„Wir wollen wieder Sport treiben.“ (Orthopädie: Herr O2, Abs. 131)*
- (2): *„Na so wie Massagen oder diese Bäder. Krankengymnastik, sowas.“ (Orthopädie: Herr K3, Abs. 181)*
- (3): *„Ernährungsberatung könnte man noch angeben, das man noch nach der Kur, nach der Reha. Damit man Informationen kriegt, was man nach der Kur essen kann, also essen sollte. (...) Ja, das man nachher weiß, gesagt kriegt hier: Sie dürfen das und das und das essen. Rezepte mit kriegt.“ (Kardiologie: Herr N4, Abs. 391-395)*
- (4): *„Also für mich bleiben dann diese Einzel-Gespräche, also die würd ich dann schon mir suchen. Beim niedergelassenen Psychotherapeuten oder sowas.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 172)*

Ablauf und Organisation

Um die Ergebnisse der Maßnahme zu verstetigen wurde von vielen Teilnehmern eine ambulante Weiterbetreuung in Form von Nachsorgegruppen (z. B. Koronarsportgruppen) gewünscht (1). Die Möglichkeit eines Trainings unter ärztlicher Aufsicht war besonders für kardiologische Rehabilitanden von größter Wichtigkeit. Um die Gefahr eines Rückfalls in alte Muster zu minimieren, ist aus Sicht der Teilnehmer ein fließender Übergang von der Rehabilitation in die Nachsorge entscheidend (2). In der Orthopädie und Psychosomatik bestand zudem die Erwartung, während der Rehabilitation ausreichende Informationen über den weiteren Ablauf und mögliche Ansprechpartner für die Zeit nach der Maßnahme zu erhalten (3). Nachsorgerelevante Informationen könnten z. B. im Entlassungsbrief enthalten sein (4). Thematisiert wurden außerdem die Frage der Kostenübernahme – kostenlose Angebote werden bevorzugt (5) – und das Angebot regelmäßiger Nachsorgeuntersuchungen (6).

(1): *„Was hier aus diesem, aus dem Haus vorgeschlagen wurde, ist, dass ich in so eine Nachsorgegruppe gehe. Da muss ich jetzt also mich erkundigen, wo die nächste ist von meinem Heimatort weg. Das würd ich auch sehr gern in Anspruch nehmen.“ (Psychosomatik: Frau C2, Abs. 423)*

(2): *„Ich sehe die Reha eigentlich so als lebendes Werk. Ich komm her, werd behandelt, und dann wird´s auf einmal gesagt, Schluss jetzt. Jetzt musst du sich selbst drum kümmern. Ich weiß nicht. Pffff (zieht Luft ein) Das sollte da so ´n kleiner, sanfter Übergang sein. Begleitung. Find ich wichtig.“ (Psychosomatik: Herr J3, Abs. 291)*

(3): *„Und da denk ich, irgendwie hier schon ´ne Vorinformation möchte ich hier in der Reha-Maßnahme. Welche Möglichkeiten gibt es nachher. Wohin kann ich mich wenden, wenn ich hier fertig bin. (...) Und das sollte eigentlich meiner Meinung nach hier stattfinden.“ (Psychosomatik: Herr J2, Abs. 278)*

(4): *„Naja, das praktisch beim Abschlussbericht eigentlich drinsteht, was weiter gemacht werden sollte.“ (Orthopädie: Herr K1, Abs. 182-184)*

(5): *„Aber die andern Sportsachen, z. B. schwimmen. Oder, was, Ergometer so Power-Ergometer fahren, oder, hm, auch alles gut und schön. Aber! Das geht auf die Kosten an uns. (...) Das würde mich stören.“ (Orthopädie: Herr K2, Abs. 110)*

(6): *„Na ich denke mal auch mal, gewisse Nachuntersuchungen, denen man sich da unterziehen sollte, sei es ¼ jährlich oder ½ jährlich. Damit der eigentliche Zustand mal wieder überprüft wird, bevor es wieder zu spät ist.“ (Kardiologie: Herr D2, Abs. 181)*

3.1.1.4.2 Erfahrungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme

Infrastruktur

Die Diskussionen ergaben in allen Indikationen, dass eine wohnortnahe Nachsorge gern in Anspruch genommen wird, weite Fahrstrecken die Teilnahme jedoch zum Teil verhindern (1, 2). Lange Wartezeiten und überfüllte Nachsorgegruppen stellen aus Sicht einiger kardiologischer Rehabilitanden ein weiteres zentrales Problem dar (3).

(1): *„Dann muss man natürlich nur noch das Glück haben, das es eventuell auch in der Nähe was gibt. Sonst wäre das dann für mich nicht in Frage gekommen. Also ich wär dafür nicht noch 30, 40 km gefahren. Denn hätt ich das nicht gemacht also.“ (Orthopädie: Frau U7, Abs. 529)*

(2): *„Man kann ja nicht so weit fahren. Nach der Arbeit. Das geht ja nicht. Für uns ist das, über ´ne Stunde müsst ich fahren (...) die sagten vorher schon mal: C, D, eh, E. Aber das ist alles für mich zu weit zu fahren.“ (Orthopädie: Herr O2, Abs. 339-351)*

(3): *„Aber wurde da auch schon gesagt, dass die Gruppen oft schon voll sind und auch, dass da starke Wartezeiten auftreten können. Ist auch in der Diskussionsrunde da letztens rausgekommen.“ (Kardiologie: Herr D3, Abs. 163)*

Ablauf und Organisation

Fokusgruppenteilnehmer aller Indikationen berichteten von einer Anbahnung der Nachsorge: In der Psychosomatik soll diese in Form von ambulanten Gesprächen stattfinden, wobei die Terminvergabe oft vom Rehabilitanden selbstständig organisiert werden muss. Teilweise wurden große Schwierigkeiten bei der Suche nach geeigneten Therapeuten geschildert (1); die Organisation der Nachsorge wurde von einigen Teilnehmern entsprechend negativ beurteilt. Ein Rehabilitand äußerte sich positiv darüber, dass der Wiedereingliederungsplan bereits vom Arbeitsgeber genehmigt worden sei und somit ein nahtloser Übergang möglich scheint (2). Informationen über die Nachsorge reichten in der Kardiologie von der Aufklärung über die (Relevanz der) Nachsorge, über die Anfertigung bzw. Aushändigung von Untersuchungs- und Medikamenten-Plänen (konkrete Anbahnung der weiterführenden Betreuung durch klinikexterne Ärzte) bis zu detaillierten Sportanleitungen für die Zeit nach der Rehabilitation (3). Erfahrungen orthopädischer Rehabilitanden bezogen sich vor allem auf die Vermittlung telefonischer Ansprechpartner, mit deren Hilfe der weitere Ablauf selbstständig organisiert werden sollte (4).

Teilnehmer aller Indikationen beklagten am Ende der Maßnahme jedoch nachdrücklich, noch keine bzw. nur ungenaue Informationen über die Nachsorge erhalten zu haben – viele Fragen seien noch offen (5).

- (1): „Vielleicht, das sie das von hier aus erhalten. Dass sie einfach mal, ja, ist also ´n Törn, ´n Psychologen zu finden, ist sowieso ziemlich schwer. (...) Also ich hab mal jedes Mal da gestanden und ich wusste gar nicht weiter. Weil entweder hat man einen gehabt, der hatte keine Zeit und, oder man musste unheimlich lange warten.“ (Psychosomatik: Frau H1, Abs. 365-367)
- (2): „Dieser Wiedereingliederungsplan für den Arbeitgeber. Ist vom Arbeitgeber genehmigt worden, wie wir den uns ausgedacht haben. (...) Also von daher sind sowohl das was also, na das was die Wiedereingliederung betrifft an den Arbeitgeber, das ist eigentlich klar und was die den medizinischen Bereich betrifft, also da geht das dann nahtlos weiter.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 190-192)
- (3): „Ich hab auch schon Abschlussgespräch gehabt beim Sport und da hat man mir auch ´n Plan gemacht. Kann ich mal zeigen, was man da alles machen kann oder so. Fahrrad fahren usw. Ich hab auch ´n Heimtrainer zu Hause und da hat man mir auch so ´n paar Informationen gegeben. Was ich da machen kann. Also ich bin sportlich da gut betreut worden. Sehr gut sogar.“ (Kardiologie: Herr S1, Abs. 301)
- (4): „D as geht erst nach der Reha los. Dann hab ich, ich hab ´ne Adresse bekommen, da muss ich anrufen. Und die sagen denn, wo überall welche Standorte gibt und das muss ich erst machen, wenn ich zu Hause bin.“ (Orthopädie: Herr O2, Abs. 343)
- (5): „Auch da das man recht spät zu wissen kriegt, wie man entlassen wird. (...) Also da wünsch ich mir eigentlich, dass sie ein bisschen mehr so, ja, vielleicht in die Akte gucken oder vorher mal besprechen, wie die Verhältnisse sind und dass sie einen vorher nicht so, ja, so ´n bisschen in der Luft hängen lassen.“ (Psychosomatik: Frau T5, Abs. 468)

3.1.1.4.3 Verbesserungsbedarf / -vorschläge

Anbahnung, Infrastruktur und Nachsorgeinhalte

Die Notwendigkeit einer klinikinitiierten Anbahnung der Nachsorge wurde in allen Indikationen betont (1). Aus Sicht der Rehabilitanden ist dabei ein auf die individuellen Problemstellungen angepasster Nachsorgeplan für den langfristigen Erfolg von großer Bedeutung (2). Dieser sollte in der Klinik ausgearbeitet werden und die wichtigsten Vorgaben aus den Therapien zu Trainingsinhalten und -planung sowie eine konkrete, in den Alltag integrierbare Terminplanung enthalten (3). In einer kardiologischen Fokusgruppe wurde besonderer Wert darauf gelegt, diesen Leitfaden bilderreich und witzig zu gestalten, um somit die Verständlichkeit der vermittelten Informationen zu verbessern (4). Eine Fortführung der Behandlung in Form einer ambulanten Nachsorge war vielen Rehabilitanden besonders wichtig, wobei auf die Notwendigkeit des regionalen Ausbaus von Nachsorgeprogrammen hingewiesen wurde (5). Regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit der Gelernten im

Alltag und zu möglicherweise bestehendem Unterstützungsbedarf erachteten Teilnehmer aller Indikationen als sinnvoll (6). Ein ähnlicher Vorschlag bezog sich auf das Angebot einer Nachfolge-Rehabilitation: Diese könnte nach einer bestimmten Zeit automatisch angeboten werden, um die Entwicklung des Patienten zu beurteilen und die Ergebnisse der ersten Maßnahme zu verfestigen.

(1): *„Wenn da so ´n Nachfolgeplan ausgearbeitet wird. (...) Wie man weitermachen soll. Und das man da praktisch auf ´n Weg kriegt: So das und das und das. (...) Das man da vielleicht mehr so Hilfestellung kriegt. Nicht nur gesagt kriegt: Machen Sie das und das weiter. Sondern vielleicht so richtigen ausgearbeiteten Plan.“ (Orthopädie: Frau L4, Abs. 174)*

(2): *„Oder eben auch Erstellung eines Planes hier schon.“ (...) ⌈ „Da muss man individuell vielleicht mal sagen: Mensch, du bist körperlich eingeschränkt, welche Möglichkeiten haben wir jetzt für dich.“¹ (Psychosomatik: Herr P3 und P1, Abs. 263-266)*

(3): *„Oder, oder wie Sie sagten, von der Reha aus schon organisieren, damit man dann, wenn man direkt zurück kommt, schon die Termine hat. Dass man´s hier schon organisiert.“ (Psychosomatik: Frau I2 und I?, Abs. 414-415)*

(4): *„In ´ne Form eines Heftchens oder Büchleins, wo man das alles reinbringen könnte. Und dann auch Vorschläge unterbreitet, in einer witzigen Form. Weil das kommt viel besser an, als wenn denn einer da steht mit ´m großen Finger. (...) Eine Broschüre könnte man rausbringen, nicht nur hier, überall. Wo man Menschen auf eine witzige Art und Weise Informationen gibt, wo sie sagen: Mensch, das ist schön. (...) Ja aber in dieser, in dieser spaßigen Form einen Leitfaden zu erstellen.“ (Kardiologie: Herr N7, Abs. 468)*

(5): *„Aber wie gesagt, die gibt es also nicht überall. Aber das denk ich, wär ´ne gute Sache, das weiter auszubauen.“ (Psychosomatik: Herr P3, Abs. 167)*

(6): *„Also ich würde mir auch ´n (...) Fragebogen, grad wenn man nachher wieder arbeiten geht, also, wie die Umsetzung funktioniert. Und ob des funktioniert, das was, was man hier gelernt hat.“ (Psychosomatik: Frau H3, Abs. 398)*

3.2 Fokusgruppen mit Experten

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Expertengruppen. Zunächst werden die aus Sicht der Experten spezifischen Behandlungsbedürfnisse über 55-jähriger Rehabilitanden beschrieben. Im Anschluss daran werden die Bedürfnisse der Rehabilitanden entsprechend ihrer Präsentation in den Expertengruppen (vgl. Präsentationsfolien im Anhang 5) als Überschriften angeführt und die diesbezüglichen Expertenmeinungen abgebildet. Analog zu den Ergebnissen der Rehabilitandengruppen werden alle Indikationen gemeinsam dargestellt, abweichende Inhalte kontrastiert und die festgelegte Trennung nach inhaltlichen Bereichen (organisatorische und strukturelle Anforderungen, Therapiedichte / -inhalte, spezielle Therapieangebote für Ältere und Anpassungsbedarf der Nachsorge) beibehalten.

Auf Wunsch der Klinikleitung wurde das normale Vorgehen bei der Fokusgruppe in der orthopädischen Rehabilitationsklinik modifiziert. Anstelle einer Präsentation der Ergebnisse mit schritt- bzw. folienweiser Diskussion der einzelnen Punkte, wurden die gesamten Ergebnisse einer größeren Gruppe von Klinikmitarbeitern in Form eines Vortrags vorgestellt. Anschließend wurden die Ergebnisse mit einer kleineren Gruppe von Mitarbeitern diskutiert. Dadurch entstand eine gewisse Zeitrestriktion, weswegen nicht alle Punkte der Präsentation behandelt werden konnten.

3.2.1 Ergebnisse der Expertengruppen

Spezielle Bedürfnisse der Altersgruppe 55plus aus Expertensicht

Diese Fragestellung wurde innerhalb der Expertengruppen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. In der Orthopädie und Kardiologie entwickelte sich zunächst eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit der gewählten Altersgrenze. Die Gruppe 55+ sei in ihren Bedürfnissen sehr heterogen, weswegen diese Abgrenzung nicht geeignet erschien. Eine sinnvolle Grenze für altersabhängige Therapiezuweisungen wäre eher beim Übergang ins Rentenalter zu ziehen (60+). An diesem Punkt gewinnen die Themen Rente (bzw. Altersteilzeit) und Alltagsbewältigung gegenüber sozialmedizinischen und beruflichen Themen wie Arbeitsplatzverlust, Arbeitsplatzsuche und Arbeitslosigkeit eine höhere Relevanz. Dies spiegle sich auch in anderen Behandlungserwartungen bzw. -erfordernissen wider. Aus Sicht der kardiologischen Experten sei ein weiterer Wandel durch zunehmende kognitive Einschränkungen in höherem Lebensalter (70+) zu beobachten, weswegen bereits speziell auf diese Problemstellungen ausgerichtete Therapieangebote bestehen („Gehirn-Jogging“ bzw. Gehirnleistungstraining). Im Allgemeinen sei jedoch bei älteren Rehabilitanden (50+) eine Tendenz zu einem größeren

Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Zuwendung, Passivmaßnahmen und Einzeltherapien zu erkennen.

Nach vorherrschender Meinung in allen Indikationen besteht jedoch kein spezieller Behandlungsbedarf in direkter Abhängigkeit vom Alter. Die präsentierten Erfahrungen und Bedürfnisse entsprechen vielmehr allgemeinen, von allen Altersgruppen immer wieder beschriebenen Schwierigkeiten im Rehabilitationsablauf. Allerdings wurde auch auf einige altersabhängige Problemstellungen hingewiesen. So stellt sich u.a. die Möglichkeit zu einer Verhaltensänderung aus Sicht der kardiologischen Expertengruppe in Abhängigkeit von Alter und Lebenslage unterschiedlich dar: Die Einsicht in erforderliche Verhaltensänderungen könne mit zunehmendem Alter manchmal nur schwer vermittelt werden, da das problembehaftete Verhalten zu lange fester Bestandteil im Leben des Patienten war. Im Arbeitsleben stehende Rehabilitanden zeigen zudem deutlich mehr Motivation und Interesse an Zustands- bzw. Verhaltensänderungen als bereits aus dem Arbeitsleben ausgeschiedene Rehabilitanden. Darüber hinaus bereite die zunehmende Arbeitsverdichtung auf dem Arbeitsmarkt der betrachteten Altersgruppe besondere Probleme; die Aufgabe der Tätigkeit erscheine in einzelnen Berufsgruppen (v. a. „helfende Berufe“: Altenpfleger, Krankenschwester etc.) ab einem bestimmten Alter in vielen Fällen unvermeidbar. Resultierende berufliche Zukunftsängste lassen in der Folge häufig den Wunsch nach einer Erwerbsminderungsrente entstehen, was nach Ansicht der psychosomatischen Experten die Behandlungsmotivation negativ beeinflusse. Vor diesem Hintergrund existiere bei den Rehabilitanden kein Wunsch nach Genesung (solange der Rentenantrag läuft ist keine Besserung der Symptomatik erwünscht) und eine Behandlung sei somit oft aussichtslos. Demzufolge wird in dieser Altersgruppe ein dringender Bedarf nach problembezogenen Angeboten gesehen, wobei dies zurzeit bereits in Form eines „Trainings-Arbeitsplatzes“ (Diagnostik des Leistungsvermögens; langsames Heranführen an Belastungen) erprobt werde. Auch das Stressbewältigungstraining, in der die Angst vor Arbeitsplatzverlust und die Belastung aufgrund immer schwierigerer beruflicher Voraussetzungen thematisiert werden, spiele für ältere Rehabilitanden deshalb eine wichtige Rolle. Die psychosomatische Expertengruppe beschrieb ein weiteres Problem in Form der drastischen Unterversorgung der untersuchten Altersgruppe mit ambulanter Psychotherapie, welche vor dem Hintergrund der Chronifizierung psychischer Erkrankungen äußerst kritisch betrachtet wurde.

Zusammenfassend bestehen aus Sicht der Experten in bestimmten Bereichen durchaus altersabhängige Bedürfnisse, wichtiger scheint jedoch die individuelle Lebenssituation der Rehabilitanden zu sein. Ein altersbezogenes Erklärungsmodell allein sei folglich nicht ausreichend, sondern müsse um gesundheitliche, berufliche und private Aspekte zu einem multidimensionalen Konstrukt ergänzt werden.

3.2.1.1 Besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen an Reha-Kliniken für die medizinische Rehabilitation Älterer

Zu wenig Personal vorhanden bzw. zu wenig Zeit des Personals

Experten aller Indikationen beschrieben das generelle Zeitproblem der behandelnden Ärzte und Therapeuten als größte Schwierigkeit im Rehabilitationsprozess – gemessen an der vom Kostenträger gestellten Aufgabe sei objektiv nicht ausreichend Personal vorhanden. Diese grundlegende Problematik übe einen großen Einfluss auf viele Bereiche des Rehabilitationsablaufs aus und ziehe sich deshalb als roter Faden durch die diskutierten Problemstellungen. Aufgrund der stetigen Reduktion der Fallpauschalen stehe immer weniger Personal bzw. Zeit zur Verfügung, so dass die Schere zwischen Erwartung und Realität immer weiter auseinander gehe. Allerdings wurden die hohen Ansprüche der Rehabilitanden durchaus als berechtigt erlebt, da eine Behandlung nach einem starren Schema aus Sicht der kardiologischen Experten nicht funktioniert. Beklagt wurde in diesem Zusammenhang besonders, dass die sprechende Medizin – ein elementarer Bestandteil der Rehabilitation – praktisch nicht vergütet werde. Daraus ergebe sich ein sehr eingeschränkter zeitlicher Spielraum für Gespräche bzw. Visiten, welcher den bestehenden Bedarf nicht decken könne.

Terminplanung / Kontinuität in therapeutischen Kontakten

Das Bedürfnis nach einer größeren Kontinuität bei ärztlichen und therapeutischen Kontakten war aus Expertensicht verständlich und entsprach auch der Vorstellung des behandelnden Personals. Bestehende Umsetzungsschwierigkeiten beruhen dabei auf verschiedenen Faktoren: Die Therapeutenkonstanz hätte z. B. in der Planungssoftware der orthopädischen Klinik keine Priorität, da mehr Wert auf das Stattfinden der Therapien gelegt werde. In Abhängigkeit von der Anzahl der Anschlussrehabilitationen (viele Einzeltherapietermine) bzw. Heilbehandlungen müssen die Termine bei Aufnahme kurzfristig umdisponiert werden. Dabei habe immer Vorrang, die verschriebenen Therapien anbieten zu können. Zeitliche Überschneidungen erscheinen somit ebenfalls unvermeidbar („Termine (...) die objektiv nicht einhaltbar sind“). Vor dem Hintergrund zunehmender Mobilitätsprobleme wurde in Bezug auf die betrachtete Altersgruppe jedoch die dringende Notwendigkeit einer Entzerrung des Therapieplans formuliert. Die Rehabilitanden werden allerdings immer darauf hingewiesen, dass sie bei Überforderung Therapien ausfallen lassen können. Man sei zudem bemüht, die Rehabilitanden über abgesagte Therapien rechtzeitig zu informieren und neue Termine zur Verfügung zu stellen. Die Erreichbarkeit der Rehabilitanden stelle hierbei jedoch oftmals ein Problem dar. Aus Sicht kardiologischer und psychosomatischer Experten stehe und falle die Verwirklichung einer größtmöglichen Behandlungskontinuität mit dem Umfang des Personals und sei somit – vor allem bei Urlaub bzw. Krankheit der Mitarbeiter – gegenwärtig nicht zu jeder Zeit umsetzbar. Das zugrundeliegende Problem der Unterbesetzung wurde dabei von

den kardiologischen Experten in allen Rehabilitationskliniken vermutet. Trotz des Wissens über die große Irritation der Rehabilitanden durch einen Therapeutenwechsel scheint derzeit keine endgültige Lösung der Problematik erreichbar zu sein. Von ärztlicher Seite wurde nur die Möglichkeit des konstruktiven Umgangs mit diesen Schwierigkeiten beschrieben. Ähnliche Problemstellungen bestünden auch im Arbeitsleben („oft Vorgaben, die nicht zu schaffen sind“) und die Auseinandersetzung mit dieser Thematik könne den Rehabilitanden weiterbringen.

Im Rahmen der orthopädischen Expertengruppe wurde ein Lösungsansatz für das dargestellte Problem beschrieben, welcher in der Klinik momentan erprobt wird: Im Projekt „Arztzentrum“ arbeite je ein Arzt mit einer Pflegekraft und einer Dokumentationskraft fest zusammen, um die Aufnahmegespräche und später die Visiten durchzuführen. Dies habe den Vorteil, dass für den Rehabilitanden eine feste räumliche Zuweisung bestehe und immer der gleiche Arzt und die gleiche Pflegekraft als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Dies vermittele dem Rehabilitanden mehr Rückhalt und Sicherheit, die Zufriedenheit mit diesem System sei hoch. Ärztlicherseits können durch diese Arbeitsweise sogar etwas mehr Rehabilitanden betreut werden. Die Dokumentationsassistentin arbeite wie bisher bei zwei Ärzten, lediglich der Aufwand für die Pflegekraft – die eine sehr ausführliche Sozial- und Berufsanamnese mache und die Beratung bezüglich der Nachsorge übernehme – sei etwas größer.

Therapieangebote nicht ausreichend verfügbar

Bei diesem Problemfeld wurde in allen Indikationen darauf hingewiesen, dass sich die Wünsche der Rehabilitanden häufig auf Inhalte bezögen, die von den Therapeuten nicht als zentral angesehen werden (Massagen sowie Lymphdrainage). Da zudem selbst sinnvolle Therapieangebote in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht unbegrenzt vorgesehen seien und somit kein Budget zur Verfügung stehe, könne dem Wunsch nach einer Ausweitung des Behandlungsangebots nicht Folge geleistet werden.

Leerlauf am Wochenende / Klinikeinrichtungen außerhalb der Therapiezeiten nutzbar

Der von den Rehabilitanden bemängelte Leerlauf am Wochenende wurde von den kardiologischen Experten als pädagogisch sinnvoll eingestuft, da die therapiefreie Zeit zum eigenständigen Training genutzt werden kann. Der Therapieplan stelle also nur die Mindestanforderung dar, die in Abhängigkeit vom Leistungsvermögen in Eigeninitiative ergänzt werden soll. Dies werde auch explizit erklärt, jedoch scheine es für einige Rehabilitanden problematisch zu sein, „nichts auf dem Plan“ zu haben. Angebote bzw. Betreuung am Wochenende wären hilfreich, da das Gefühl von Leerlauf besonders für labile Menschen mit Angst und Verunsicherung verbunden sei. Allerdings werden bestehende Wochenendangebote auf freiwilliger Basis höchstens von 30% der eingeladenen Rehabilitanden in

Anspruch genommen. Sowohl für die Schwimmhalle als auch für die Sauna bestehen in der kardiologischen Klinik freie Nutzungszeiten. Aufgrund externer Gruppen (z. B. Koronarsport) sei die eigenständige Nutzung allerdings nur innerhalb eines kleinen Zeitfensters möglich. Die Therapieräume in der Orthopädie werden aufgrund mehrfachen Diebstahls dagegen nur unter Aufsicht von Klinikmitarbeitern zur Verfügung gestellt. Die Rehabilitanden können die Klinik jedoch in der therapiefreien Zeit verlassen und z. B. an organisierten Ausflügen teilnehmen. Es bestehen zudem Therapieangebote, welche der Rehabilitand in den Abendstunden und am Wochenende (freies Schwimmen, MTT) freiwillig nutzen könne. Diese würden jedoch wie in der Kardiologie nur von wenigen Rehabilitanden eigeninitiativ in Anspruch genommen.

Orthopädische und kardiologische Klinikmitarbeiter vermuteten, dass eine wichtige Ursache für die Klagen über den Leerlauf am Wochenende darin besteht, dass viele Rehabilitanden das Wochenende, an dem keine offiziellen Therapietermine geplant sind, am liebsten zu Hause verbringen würden. Dem Wunsch nach Wochenendurlaub könne aufgrund der Kostenübernahme bzw. aus versicherungsrechtlichen Gründen allerdings nicht entsprochen werden. Wochenendurlaub sei somit nur gegen ärztlichen Rat möglich, was trotz der damit verbundenen Konsequenzen von vielen Rehabilitanden in Anspruch genommen werde.

Auswertung des Patientenfragebogens im Vorlauf

Da die meisten kardiologischen Rehabilitanden im Rahmen einer Anschlussrehabilitation in der Klinik waren, gab es bei dieser Indikation keinen Patientenfragebogen.

Die orthopädischen und psychosomatischen Experten äußerten in Bezug auf den Wunsch nach einer Auswertung des Patientenfragebogens im Vorfeld der Rehabilitation die Vermutung, dass hier ein Missverständnis bzw. Informationsmangel auf Seite der Rehabilitanden bestehe. So diene der Patientenfragebogen bei beiden Indikationen vor allem zur Erfassung biografischer Daten für den Arztbrief, in der Psychosomatik zudem zur differentiellen Indikationsstellung. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Inhalt und somit eine Verwendung als Grundlage der Therapie fänden jedoch nicht statt. Die Erkenntnisse aus den Angaben des aktuellen Fragebogens würden darüber hinaus auch nicht für die Erstellung eines (individuellen) Therapieplans ausreichen. Der orthopädische Patientenfragebogen ist aus Sicht der Experten außerdem nur schwer verständlich; viele Rehabilitanden seien „maßlos überfordert“ und füllen diesen nur mangelhaft aus.

In der psychosomatischen Expertengruppe wurde allerdings großes Verständnis für den Wunsch der Rehabilitanden ausgedrückt. Diese füllen den Fragebogen unter großem Zeitaufwand aus und davon ausgehend ist die Enttäuschung bei allzu allgemeinen Nachfragen („Warum sind sie denn hier?“) durchaus nachvollziehbar, da diese sehr deutlich auf eine mangelnde Auswertung bzw. Beachtung des Fragebogens hinweisen. Auch von den orthopädischen Experten wurde die Auswertung des Fragebogens vor dem Aufnahme-

gespräch als eine wünschenswerte Verbesserung bezeichnet. So könnte im Vorfeld ein genereller Therapieplan erstellt und im Aufnahmegespräch individuell modifiziert werden. Wenn der Rehabilitand seine Problemstellungen aufgrund der Aussagen aus dem Fragebogen im Gespräch mit dem aufnehmenden Arzt wiederfände, würde er sich aus Sicht der Ärzte zudem wesentlich mehr beachtet fühlen. Die Möglichkeit der Erstellung eines individuellen Therapieplans wurde jedoch auch hinterfragt. Zuerst müsse der Therapiestandard für die jeweilige Indikation angewendet werden, der im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung nur sehr bedingt Raum für Individualität lasse (indikationsbezogene Standardtherapie). Weiterhin bedeute mehr Individualität auch immer ein mehr an Personal und damit höhere Kosten.

Zusammenfassend wurde in der Psychosomatik die Forderung formuliert, das eigene Verhalten im Umgang mit dieser Problematik selbstkritisch zu hinterfragen und die Rehabilitanden genauer über die Verwendung der gewonnenen Ergebnisse zu informieren.

Zu große Gruppen bzw. Gruppenzusammensetzung zu heterogen

Der Wunsch nach kleineren Therapiegruppen ist für die Experten nachvollziehbar, allerdings können aufgrund begrenzter personeller Ressourcen bestimmte Gruppengrößen nicht unterschritten werden. Die negativen Erfahrungen der Rehabilitanden hinsichtlich der Heterogenität der Gruppenzusammensetzung erscheinen hingegen aus Expertensicht diskutabel. So sei in der Psychosomatik in Abhängigkeit vom Konzept einer Gruppe die heterogene Zusammensetzung durchaus erwünscht, da sie aufgrund des Erfahrungsaustausches unter den Rehabilitanden als sinnvoll erlebt werde. Auch im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation erscheinen große und gemischte (Jung und Alt; operierte und nicht operierte Patienten) Gruppen positiv, da durch diese gegenseitiges Verständnis und Hilfe gefördert werden kann. Wenn jedoch orthopädische Problemstellungen hinzukommen, wurde von Experten aller Indikationen von bestehenden Schwierigkeiten in Bezug auf heterogene Gruppen berichtet.

Individuelle Behandlung bzw. Behandlungsangebote bei Rehabilitationsbeginn

Aus Sicht psychosomatischer und kardiologischer Experten wird auf den Wunsch nach einer individuellen Behandlung vor dem Hintergrund beschränkter zeitlicher bzw. personeller Ressourcen bereits so gut wie möglich eingegangen. So finde in der Kardiologie anstelle einer altersabhängigen Therapieeinteilung eine Orientierung an Beschwerden bzw. Problemstellungen sowie vor allem am individuellen Leistungsvermögen statt. Anhand dieser Parameter werde zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein (Belastungs-) Gruppenwechsel initiiert und somit versucht, eine möglichst den individuellen Erfordernissen angepasste Behandlung zu gewährleisten. In der psychosomatischen Klinik erfolge vor Beginn neuer

Therapieeinheiten das Angebot eines Einführungsgesprächs, in welchem potentielle Problemstellungen erörtert und individuelle Anpassungen der Behandlungsbausteine vorgenommen werden können.

Dem Wunsch nach individuellen Angeboten zu Beginn der Rehabilitation wurde in der psychosomatischen Expertengruppe entgegengehalten, dass eine individuelle Abstimmung der obligatorischen Basistherapie erst im Verlauf der Behandlung erfolgen könne. In der Kardiologie betonten mehrere Teilnehmer in diesem Zusammenhang, dass eine individuelle Therapiediskussion und -auswahl bedingt durch die zeitlichen Restriktionen im Rahmen aktueller Rehabilitationskonzepte nicht möglich sei.

3.2.1.2 Besondere Anforderungen an Therapiedichte und Therapieinhalte für die medizinische Rehabilitation Älterer

Fehlendes Mitspracherecht / ungenügendes Einbeziehen in Therapieentscheidungen

Um diesem Bedürfnis der Rehabilitanden zu entsprechen ist aus Sicht der Experten eine sehr zeitintensive individuelle Zuwendung erforderlich. Mitspracherecht setze zudem einen hohen Grad an Informiertheit der Patienten voraus, der in der Regel nicht gegeben sei. Die daraus folgende Unsicherheit vieler Rehabilitanden erhöhe den Zeitaufwand zusätzlich. Aufgrund begrenzter Ressourcen erscheine es somit äußerst schwierig bzw. unmöglich, die Rehabilitanden kontinuierlich in Therapieentscheidungen und Zielfestlegung einzubeziehen. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass der Spielraum bei der Therapieauswahl ohnehin stark begrenzt sei. Laut Aussage der Experten wird vor diesem Hintergrund bereits versucht, die Rehabilitanden bestmöglich in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und den Sinn hinter den Therapieanweisungen zu vermitteln. Ziel sei es in diesem Zusammenhang, dass „etwas Gemeinsames“ entstehe, was von beiden Seiten getragen werden könne. In der psychosomatischen Expertengruppe wurde diesbezüglich allerdings darauf hingewiesen, dass ein großer Unterschied zwischen dem Gewähren von Mitspracherecht und dem Einbeziehen in Therapieentscheidungen gesehen wird. Ein Mitspracherecht der Rehabilitanden wurde aufgrund möglicherweise kontraproduktiver Behandlungsvorstellungen („Massage und Einzeltherapie im Wesentlichen“) sehr kritisch beurteilt, wohingegen das Einbeziehen in Therapieentscheidungen ein äußerst wichtiger Behandlungsaspekt sei. In dieser Beziehung wurde in der psychosomatischen Rehabilitation jedoch noch dringender Verbesserungsbedarf gesehen. Orthopädische und kardiologische Experten räumten ebenfalls selbstkritisch ein, dass der Arzt die Therapieziele und -inhalte häufig ohne Beteiligung der Rehabilitanden definiere. Allerdings könnten diese oft auch keine ausformulierten Ziele nennen bzw. bestehende Zielsetzungen decken sich zum Teil nicht mit denen der Rehabilitationsklinik. Aus diesem Grund sei es notwendig, den Rehabilitanden

durch Nachfragetechniken dabei zu helfen, ihre Ziele zu operationalisieren. In den verfügbaren Gruppenangeboten bestehe allerdings immer das Problem, nicht jeden Einzelnen mit seinen individuellen Zielen erfassen zu können.

In der Orthopädie wurde weiterhin angemerkt, dass die Rehabilitanden durch die Fülle der Informationen und durch den Ablauf des Aufnahmetags bzw. -gesprächs oftmals überfordert seien. Eine gemeinsame Therapieplangestaltung am Anfang der Maßnahme erscheine folglich nicht sinnvoll. Am ersten Tag der Reha könne weder jedes entscheidungsrelevante Detail geklärt werden, noch sei zu erwarten, dass der Rehabilitand mit den zum Mitentscheiden notwendigen Informationen in der Rehabilitation ankomme. Der Raum für Mitspracherecht müsse folglich in den Visiten bestehen, dies sei aufgrund der begrenzten Zeit jedoch nur selten möglich. In den Visiten werde zwar versucht, die anfängliche Standardtherapie der Rehabilitanden anzupassen; dies geschehe jedoch nur, wenn diese vom Rehabilitanden absolut nicht vertragen werde. Es sei somit ein Ausbügeln grober „Schnitzer“ und kein wirkliches Bemühen um Optimierung bzw. Individualisierung der Therapiepläne. Als Lösungsmöglichkeit für dieses Problem wurde vorgeschlagen, nach kurzer Zeit eine ausführliche Visite durchzuführen, in der Unverträglichkeiten besprochen und der Therapieplan optimiert werden könnte. Dabei sollte das Mitspracherecht der Rehabilitanden explizit erwähnt werden. Dieser Vorschlag berge jedoch die Problematik, dass diese Klärung zwar sehr früh im Therapieverlauf erfolgen sollte, der Rehabilitand jedoch erst Therapieerfahrungen machen müsse, um Modifikationserfordernisse erkennen zu können. Des Weiteren lasse sich dieser Vorschlag unter den momentan bestehenden zeitlichen und strukturellen Bedingungen kaum umsetzen, da auch hierfür wesentlich mehr Zeit und Kontakte mit dem Rehabilitanden nötig wären.

Krankheits- / therapiebezogene Erklärungen nicht ausreichend

Die Erfahrung von unzureichenden krankheits- bzw. therapiebezogenen Erklärungen liegt aus Expertensicht zum Teil an der mangelnden Aufnahmefähigkeit der Rehabilitanden. Vor allem frisch operierte Patienten in der kardiologischen Rehabilitation wären hinsichtlich ihrer Aufnahmekapazität reduziert, da die „emotionale Ansprechbarkeit“ als Voraussetzung für Lernfähigkeit nicht gegeben sei. Auch in der orthopädischen Expertengruppe wurde die Vermutung geäußert, dass das Gefühl mangelnder Informationen zum Teil aus einer Überflutung mit Informationen speziell am Aufnahmetag resultiert. Ein nicht zu unterschätzendes Problem bestehe auch in der Tatsache, dass sich manche Rehabilitanden aufgrund einer durch Überlastung des Personals geprägten Atmosphäre nicht trauen, Nachfragen zu stellen. Der Wunsch nach mehr Informationen über Therapieangebote berge jedoch die Schwierigkeit, dass sich die Rehabilitanden bei zu vielen Informationen verzetteln könnten und somit überfordert werden. Die Erstellung eines Programmheftes wird zwar als machbar angesehen, allerdings wurden Zweifel hinsichtlich der planerischen Umsetzbarkeit

bei einer Therapieauswahl durch die Rehabilitanden geäußert. Es wäre viel Zeit nötig, um sich mit den Rehabilitanden über die Auswahlkriterien zu unterhalten und aufgrund von Kontraindikationen bestehende ärztliche Vorschläge zu erläutern. Allerdings finde in der Kardiologie auch ohne direkte Ansprache des Rehabilitanden eine kontinuierliche Rückkopplung hinsichtlich der Therapiefortschritte / -probleme über verschiedene Mechanismen (Belastungs-EKG, Dokumentation der Bewegungstherapie) statt und die knappe Zeit werde anstelle von Patientengesprächen für Besprechungen mit dem Behandlungsteam genutzt (globale Ausrichtung).

Widersprüchliche Verhaltens- und Therapieanweisungen

Die Teilnehmer der Expertengruppen berichteten von bereits bestehenden Bemühungen um einen einheitlichen therapiebezogenen Sprachgebrauch in den Kliniken. Die Erfahrungen der Rehabilitanden hinsichtlich widersprüchlicher Verhaltens- und Therapieanweisungen wurden folglich kritisch hinterfragt. Eine Erklärung sehen orthopädische Experten in den verschiedenen Ausbildungsgraden bzw. Spezialisierungen der einzelnen Therapeuten in der Physiotherapie. Es handele sich also nicht unbedingt um widersprüchliche Therapieanweisungen, sondern um verschiedene Sichtweisen auf ein Problem. Es wurde zudem die Erfahrung geschildert, dass Rehabilitanden nicht jedem Ansprechpartner dasselbe berichten und diese somit aufgrund unterschiedlicher Darstellung ihrer Problemlagen unterschiedliche Empfehlungen bekommen. Außerdem sei man bemüht, Verantwortung für die Behandlung auf den Rehabilitanden zu übertragen. Die Maxime laute, keine Lösungen vorzugeben, sondern gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Lösung zu finden.

In der Kardiologie wurde eine mögliche Ursache für den Eindruck von widersprüchlichen Verhaltens- und Therapieanweisungen wiederum in der begrenzten Aufnahmekapazität der Rehabilitanden vermutet, welche sich aus dem sehr frühen postoperativen Beginn der Rehabilitation (AR) und dem damit verbundenen schwerstkranken Gesundheitszustand ableite. In dieser Situation werden dem Rehabilitanden viele neue Informationen vermittelt, die er häufig nicht aufnehmen bzw. nicht aufnehmen kann. Aus dieser Überforderung leite sich dann der Eindruck ab, nicht ausreichend bzw. widersprüchlich informiert worden zu sein. Ein Lösungsansatz für diese Problemstellung wird in der ständigen Repetition der vermittelten Inhalte gesehen, was jedoch aufgrund der bestehenden Zeitproblematik auf herkömmlichem Wege nicht umsetzbar erscheint. Deshalb besteht ein momentan innerhalb der kardiologischen Klinik diskutierter Ansatz in der Verwendung alternativer Wege der Informationsvermittlung (z. B. Fernsehgeräte in Wartebereichen).

Aufnahme- und Einzelgespräche zu kurz / oberflächlich

Auch an dieser Stelle spiele die Überforderung der Rehabilitanden durch zu umfangreiche Informationen eine entscheidende Rolle. Das Aufnahmegespräch dauere in der Orthopädie ca. eine Stunde, im Arztzentrum sei der Kontakt mit dem Arzt auf ungefähr 20 Minuten beschränkt. Ausführlichere Aufnahmegespräche machen aus professioneller Sichtweise wenig Sinn. Orthopädische Experten sehen den Grund für die geschilderten Erfahrungen vor allem in der mangelnden Kommunikationsfähigkeit einiger Rehabilitanden, welche besonders stark unter der herrschenden Zeitknappheit zu leiden hätten. In der Kardiologie bestand ein Verbesserungsvorschlag in einer zeitlichen Trennung des Aufnahmegesprächs von der Informationsvermittlung, die am Nachmittag des Aufnahmetags mit allen Neuankömmlingen durchgeführt werden könnte. In dieser Informationsveranstaltung sollten einerseits die Zielsetzung der Rehabilitation (Abgrenzung zur Kur) und andererseits die Wichtigkeit der Übernahme von Eigenverantwortung in Bezug auf die Therapiegestaltung vermittelt werden. Aufgrund des bestehenden Hierarchiedenkens erscheine eine Durchführung durch ärztliches Personal empfehlenswert. In diesen Aspekten unterscheide sich dieser Vorschlag von bestehenden Angeboten wie der Begrüßungsveranstaltung, die durch andere Mitarbeiter (Patientenbetreuer) durchgeführt werde und sich eher mit organisatorischen Inhalten beschäftige. Aufgrund der bestehenden Personalstruktur erscheine eine Umsetzung zurzeit jedoch nicht möglich, da entsprechende Leistungen durch die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht abgedeckt seien.

Als Lösungsmöglichkeit für das Problem zu kurzer bzw. oberflächlicher Gespräche wurde von den orthopädischen Experten wiederum das Arztzentrum angeführt. Das doppelte Erfragen von Informationen über den Rehabilitanden werde dort bewusst vermieden, wodurch sich der Rehabilitand stärker wahrgenommen fühle. Für weiterführende Fragen könne der Rehabilitand das Arztzentrum jederzeit aufsuchen bzw. sich einen Termin für ein Gespräch mit dem Arzt geben lassen. Die Häufigkeit und Kontinuität des Kontakts sei dabei wesentlich wichtiger als die Dauer der Gespräche. Die Pflegekraft sei besser informiert und kenne ihre Rehabilitanden. Dadurch werde den Rehabilitanden das Stellen von Nachfragen erleichtert, weshalb durch das Konzept des Arztzentrums insgesamt eine bessere Qualität des Kontakts entstünde.

Sozialberatung nicht ausreichend

Die Erfahrung der Rehabilitanden in Bezug auf eine unzureichende Sozialberatung wurde in der kardiologischen Expertengruppe als strukturelles Problem beschrieben. So seien für eine endgültige Klärung der arbeits- und sozialrechtlichen Problematik drei Wochen schlicht zu kurz, da in der ersten Zeit gesundheitliche Probleme im Vordergrund stünden. Deshalb kann durch diesen engen zeitlichen Rahmen nur der weitere Weg besprochen werden bzw. ein Anstoß in die richtige Richtung erfolgen.

3.2.1.3 Berufliche Ausrichtung der Rehabilitation

Berufsbezogene Angebote sinnvoll – Umsetzbarkeit wird angezweifelt

Die von den Rehabilitanden befürchteten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der berufsbezogenen Inhalte wurden von kardiologischen und psychosomatischen Experten als häufige Fehleinschätzung gesehen. Dieser Eindruck entstehe meistens dadurch, dass sich die Rehabilitanden während der Maßnahme nicht bei ihren Arbeitgebern über bestehende Wiedereingliederungsmöglichkeiten informieren. Ferner bestünde hinsichtlich der stufenweisen Wiedereingliederung vielfach die generelle Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren. In der Psychosomatik wurde dies als natürliche Reaktion bei Konfrontation mit neuen Inhalten beschrieben, wobei im ersten Schritt nur die potentiellen Schwierigkeiten gesehen werden. In beiden Indikationen konnte von positiven Erfahrungen mit der stufenweisen Wiedereingliederung berichtet werden – tatsächliche Umsetzungsschwierigkeiten wurden jedoch nicht in Abrede gestellt. So könne eine stufenweise Wiedereingliederung bei bestimmten Berufsgruppen (bspw. LKW-Fahrer) oder Unternehmensformen (kleine- und mittelgroße Betriebe) schwierig bzw. nicht möglich sein. Es sei weiterhin denkbar, dass über 55-Jährige aufgrund größerer Umstellungsschwierigkeiten mit mehr Problemen als jüngere Patienten konfrontiert seien. Hilfreich könnten hier eine Arbeitsplatzproberprobung, eine gezielte Sozialberatung und die Anbahnung von Maßnahmen der Arbeitsplatzumgestaltung von der Klinik aus sein. In diesem Zusammenhang wurde in der Kardiologie mehrfach auf die empfundene Schnittstellenproblematik zwischen Klinik und Arbeitgeber hingewiesen. Als wichtiges Element wurde auch das Angebot eines konkreten Nachsorgeplans verstanden, um somit durch eine feste Struktur Hilfestellung bei Ängsten im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung zu bieten.

3.2.1.4 Altersbezogene Ausrichtung der Rehabilitation

Keine altersbezogene Ausrichtung der Rehabilitation vorhanden

Im Konsens mit den Rehabilitanden erachteten auch die Experten eine entsprechende Ausrichtung nicht für nötig. So unterscheiden sich Rehabilitanden der gleichen Altersgruppe aufgrund anderer Lebensumstände (Voralterung durch Beruf / orthopädische Probleme) zum Teil so stark voneinander, dass eine rein altersabhängige Therapieeinteilung nicht adäquat erscheine. Die Auffassung der Rehabilitanden, dass die individuelle Diagnose und Leistungsfähigkeit sinnvollere Einteilungskriterien darstellen, wurde von den Experten geteilt. Das Bedürfnis nach Vorträgen zu altersspezifischen Themen sei jedoch nachvollziehbar und die Einbindung solcher Angebote sinnvoll und wünschenswert. Obwohl bereits Bemühungen beständen, entsprechende altersspezifische Therapiemodule zu entwickeln / zu integrieren,

erscheinen diese im Alltag aufgrund von Personal, Zeit- und Raumproblemen derzeit nicht umsetzbar.

3.2.1.5 Rehabilitationsnachsorge

Fehlende Informationen / Hilfe bei der Organisation der Nachsorge

Die Erfahrungen der Rehabilitanden bezüglich eines Informationsmangels bzw. fehlender Hilfe bei der Organisation der Nachsorge wurde innerhalb der Expertengruppen angeregt diskutiert. Damit die angestrebte Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse erzielt werden könne, erscheint aus ärztlicher Sicht eine Verfestigung der angestoßenen Veränderungen im Rahmen der Nachsorge dringend erforderlich. Durch entsprechende Maßnahmen wäre eine Steigerung des langfristigen Erfolgs der Rehabilitationsmaßnahme möglich. Dabei wurde allerdings das Problem aufgeworfen, dass vermutlich unterschiedliche Ansichten darüber bestehen, was die Nachsorge leisten soll bzw. kann. In der Orthopädie werde die Nachsorge von einer Pflegekraft mit dem Rehabilitanden besprochen und im Rahmen der ersten bzw. zweiten Visite bei den meisten Rehabilitanden auch von ärztlicher Seite darauf eingegangen. Es bestehe jedoch auch hier ein Zeitproblem, weswegen in der Visite nicht alle nachsorge-relevanten Inhalte ausführlich behandelt werden können. Oftmals hätten die Rehabilitanden Nachfragen und würden Rücksprache mit dem Arzt verlangen. Eine Übernahme der Organisation von Nachsorgeterminen wird von den orthopädischen Klinikmitarbeitern jedoch abgelehnt; stattdessen wurde die Notwendigkeit der Eigeninitiative der Rehabilitanden betont. Die Rehabilitanden werden mit Adressen und Telefonnummern ausgestattet, um die Termine müssen sie sich selbst kümmern. Auch die Präventionsangebote der Krankenkassen werden den Rehabilitanden nahegelegt. Einzig im Falle der Notwendigkeit einer psychologischen Weiterbehandlung erfolge die Organisation der ambulanten Betreuung. Die kardiologischen Rehabilitanden werden nach Aussage der Experten während der Maßnahme durch Vermittlung der Rehabilitationsziele, Rücksprache hinsichtlich der Zielerreichung und dem Erteilen entsprechender Ratschläge so gut wie möglich auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet. Gegenüber jedem Patienten werde eine Empfehlung hinsichtlich der Koronarsportgruppen ausgesprochen, welche als wesentlicher Bestandteil der kardiologischen Nachsorge bezeichnet wurden. Bei überfüllten Koronarsportgruppen am Wohnort werden Alternativen in Form von örtlichen Sportvereinen bzw. Programmen der Krankenkassen aufgezeigt. Allerdings nehmen nur wenige Rehabilitanden die bestehenden Angebote (IRENA / KARENA) in Anspruch, da diese häufig keine Notwendigkeit für eine Weiterführung der Therapie sehen. Diese Einstellung ergebe sich aus dem Glauben, das grundlegende Problem (z. B. Herzinfarkt) sei abschließend behandelt worden – Äußerungen

der Akutmediziner unterstützen dieses wesentliche Missverständnis der Rehabilitanden häufig noch.

Aus Sicht der Experten aller Indikationen besteht das Hauptproblem darin, dass viele Rehabilitanden die Bedeutung der Nachsorge und die eigene Rolle im Behandlungsprozess erst spät bzw. nur ungenügend verstehen. Letztendlich kann nur der Rehabilitand die nötigen Verhaltensänderungen im Alltag vornehmen und den Erfolg der Rehabilitation somit langfristig sichern. Aus diesem Grund wurde das Hinführen zur Übernahme von Eigenverantwortung in der psychosomatischen Expertengruppe als zentrale Aufgabe der Rehabilitation verstanden. Aus Sicht der orthopädischen Experten muss die Nachsorge bereits im Aufnahmegespräch und wiederholt im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung thematisiert werden, wobei der Schwerpunkt auf der Notwendigkeit der Eigeninitiative der Rehabilitanden liegen sollte. Um diese zu fördern, werden in der Orthopädie bereits keine Trainingsanleitungen mehr ausgegeben. Die Rehabilitanden sollen sich die Übungen, die ihnen gut getan haben, selbst notieren, um somit die Inhalte gleich zu verfestigen. Diesbezüglich wurde die Frage diskutiert, inwiefern den Rehabilitanden die Notwendigkeit eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit vermittelt werden könne. In der Praxis gestalte sich dies häufig sehr schwierig, was sich z. B. in der fehlenden Bereitschaft zur Übernahme eines Eigenanteils bei anfallenden Kosten widerspiegle. Andersgeartete Vorstellungen (passive Behandlungserwartungen) der Rehabilitanden führen häufig zu Störungen im Beziehungsaufbau, was besonders hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung als sehr ungünstig empfunden wurde. Bezogen auf diese Punkte bestand aus Sicht der psychosomatischen Expertengruppe ein Verbesserungspotential darin, Gespräche über die Eigenverantwortung im Rahmen der Behandlung schon im Vorfeld der Rehabilitation stattfinden zu lassen, um somit falsche Vorstellung bereits vor Rehabilitationsbeginn auszuräumen. Das von den Rehabilitanden gewünschte „Rundumprogramm“, bei welchem der Rehabilitand während der Nachsorge „an die Hand genommen“ wird, sei jedenfalls bei den momentanen strukturellen Gegebenheiten nicht zu leisten.

In den Indikationen Orthopädie und Psychosomatik wurde – im Gegensatz zur Kardiologie – zudem auf bestehende infrastrukturelle Defizite des Nachsorgeangebotes hingewiesen. Vor allem in strukturschwachen Gebieten seien häufig keine wohnortnahen Angebote vorhanden und somit können viele Rehabilitanden trotz eines bestehenden Wunsches keine Nachsorge in Anspruch nehmen. Besonders dramatisch sei dies in Bezug auf Rehabilitanden, die im Anschluss dringend einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen und hierfür Wartezeiten von bis zu einem Jahr in Kauf nehmen müssen. Die Kliniken können jedoch nur das begrenzte Angebot des Kostenträgers an die Rehabilitanden weitergeben. Darüber hinaus sei die Inanspruchnahme der Angebote nicht für jeden (z. B. voll Berufstätige) umsetzbar. Hier sollten alternative Nachsorgeprogramme geschaffen werden. Falls die

notwendigen personellen und finanziellen Mittel zur Verfügung stehen würden, könnte die Reha-Klinik dabei aus Sicht der psychosomatischen Expertengruppe die Koordination der Nachsorge übernehmen.

Als potentieller Lösungsansatz für das wahrgenommene Informationsdefizit wurde in der kardiologischen Expertengruppe eine Infobroschüre zu nachsorgebezogenen Inhalten vorgeschlagen. Allerdings werden die Rehabilitanden bereits mit schriftlichem Informationsmaterial überflutet, so dass Zweifel am Nutzen dieses Vorschlags geäußert wurden. Nach Meinung der orthopädischen Experten sollten deshalb zur Optimierung der Reha-Nachsorge mehr Informationen und Angebote über das Internet abrufbar sein, um somit einen ständigen Zugriff auf nachsorgerelevante Inhalte zu ermöglichen.

Ausgearbeiteter, individueller Nachsorgeplan

Ein ausgearbeiteter, individueller Nachsorgeplan wurde von den kardiologischen Experten als sinnvoller und wünschenswerter Ansatz betrachtet, jedoch wurde auch auf potentielle Schwierigkeiten bei der Umsetzung eingegangen. So bestehe ein ähnliches Angebot bereits in Form des IRENA- / KARENA-Programms, das – wie oben erwähnt – nur von wenigen Rehabilitanden in Anspruch genommen werde. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Koordination der Nachsorge momentan durch den Hausarzt erfolge. Dieser sei möglicherweise nicht erfreut, wenn man durch eine feste Terminplanung in diese Abläufe eingreifen würde. Zusammenfassend bewerteten die Experten einen individuellen Nachsorgeplan als sehr interessanten, derzeit aufgrund der bestehenden strukturellen Schwierigkeiten jedoch nicht umsetzbaren Vorschlag.

Regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit im Alltag

Zur Verstetigung der Rehabilitationsergebnisse erschienen den Experten aller Indikationen regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit der erlernten Therapieinhalte äußerst vielversprechend. Es wird von einer großen Inanspruchnahme eines solchen Angebots ausgegangen, eine flächendeckende Umsetzung erscheine somit sinnvoll. In Hinsicht auf die Frage, von wem diese Nachbefragungen durchgeführt werden sollen, bestanden allerdings unterschiedliche Ansichten: Umsetzungsschwierigkeiten könnten im Rahmen bestehender Nachsorgegruppen thematisiert werden oder der Hausarzt bzw. die Klinik könnten entsprechende Befragungen durchführen. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit dieser Vorschläge wurde darauf verwiesen, dass der Hausarzt diese Aufgabe aufgrund fehlender Vergütung wahrscheinlich nicht übernehmen könne. Im Rahmen von Studien werden telefonische Nachbefragungen klinikseitig bereits mit Erfolg durchgeführt, ein entsprechendes Konzept sei im normalen Rehabilitationsalltag aufgrund knapper personeller Ressourcen allerdings nicht realisierbar. Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzbarkeit dieses Konzepts bestehe zudem im Vorhandensein von Interventionsmöglichkeiten im Bedarfsfall, ohne die

Nachbefragungen keine therapeutische Relevanz aufweisen würden. Die Klinik habe als Vermittler wenige Steuerungsmöglichkeiten und könne in die Nachsorgeumsetzung weder modifizierend eingreifen, noch alternative Nachsorgeangebote zur Verfügung stellen; dies sei eher im Aufgabenbereich der Kostenträger angesiedelt. Die generelle Etablierung eines entsprechenden Angebots erscheint den Experten jedoch als wichtiger Ansatz auf dem Weg zu nachhaltigen Behandlungserfolgen und ist dementsprechend anzustreben.

3.2.1.6 Weitere zentrale Diskussionspunkte der psychosomatischen Expertengruppe

Keine speziellen Angebote in der Altersgruppe 55+ möglich

Nach Ansicht der psychosomatischen Experten besteht vor allem in dieser Indikation eine wichtige Problemstellung darin, dass in der betrachteten Altersgruppe im Allgemeinen zu wenig Rehabilitanden zur gleichen Zeit in der Klinik anwesend sind. Deshalb erscheinen spezielle altersbezogene Angebote momentan nicht umsetzbar. Dies sei allerdings auch eine Frage der bestehenden Zuweisungspolitik. Bei erwiesenem Bedarf könnten bestimmte Kliniken gezielt mit Rehabilitanden entsprechenden Alters besetzt werden, um somit das Angebot altersbezogener Inhalte zu ermöglichen.

Bei bestehendem Rentenantrag aussichtslose Behandlung

Grundlegende Schwierigkeiten wurden hinsichtlich der Behandlung von Rehabilitanden mit laufendem Rentenantrag beschrieben. Die Experten berichteten bei diesem Kollektiv von großen Problemen bei der psychotherapeutischen Behandlung, da die Rehabilitanden vor dem Hintergrund einer Ablehnung des Rentenantrags nicht gesund werden wollen bzw. dürfen. Auch der zeitliche Ablauf des Rehabilitationszugangs trägt aus Sicht der Experten zu dieser schlechten Konstellation bei: Von der Rentenantragsstellung bis zum Rehabilitationsantritt vergehe bis zu ein Jahr. Die Überprüfung der Arbeitsfähigkeit komme somit meistens zu spät, um an der langfristig überdachten Vorentscheidung noch etwas ändern zu können. In diesem Zusammenhang wurde auch die Forderung an die Rentenversicherung formuliert, geeignete Konzepte zur Lösung dieser Problematik zu entwickeln, da der bestehende Rehabilitationsauftrag in Bezug auf dieses Kollektiv momentan zumeist nicht zu erfüllen sei.

Möglichkeiten / Grenzen der Rehabilitation

Die vom Rentenversicherungsträger vorgegebenen Zielvorgaben wurden von den Experten als problematisch erlebt, da sich diese teilweise sehr stark vom bestehenden Behandlungsbedarf der Rehabilitanden unterscheiden („Reha-Ziele völlig illusorisch“). Somit stelle sich in solchen Fällen die grundsätzliche Frage nach dem Sinn einer Rehabilitationsmaßnahme, da

unter den gegebenen Voraussetzungen in der vorgesehenen Zeit eine erfolgreiche Behandlung unmöglich erscheine. Auch die utopischen Vorstellungen mancher Patienten bezüglich des zu erwartenden Reha-Erfolgs stellen aus Expertensicht ein wichtiges Problem dar. Davon ausgehend bestand die Forderung, den Rehabilitanden klarer zu verdeutlichen, dass in der Rehabilitation nur der Anfang gemacht werden könne, eine langfristige Besserung jedoch erst durch Eigeninitiative im Verlauf möglich sei. Verbesserungspotential besteht nach Ansicht der Experten darin, bereits vor der Rehabilitation Gespräche über realistische Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation durchzuführen, um somit einer wirklichkeitsfremden Erwartungshaltung vorzubeugen. Als zentral wurde hierbei die Rolle des Hausarztes angesehen, welcher momentan zum einen durch unangemessene Zuweisung („Patienten landen hier falsch“) und zum anderen durch Unterlassung notwendiger Gespräche (Erwartungshaltung sowie Eigenverantwortung) zur bestehenden Problematik beitrage. Allerdings wurde auch die Frage diskutiert, ob es nicht eigentlich in den Aufgabenbereich des Rentenversicherungsträgers falle, den Rehabilitanden bestmöglich aufzuklären und somit durch realistische Behandlungserwartungen die Rehabilitation optimal vorzubereiten.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen mit Rehabilitanden der Altersgruppe 55+ und den Diskussionen in den Expertengruppen werden aufgrund der Fülle des Datenmaterials nachfolgend indikationsübergreifend thematisch zusammengefasst und einander gegenüber gestellt. Es werden nur die Inhalte angeführt, welche in den Rehabilitandengruppen aller Indikationen zur Sprache kamen und somit von übergeordneter Bedeutung zu sein scheinen.

Patientenorientierung

Rehabilitanden aller Indikationen äußerten ein starkes Bedürfnis nach einer individuelleren Behandlungsgestaltung mit größerem Mitspracherecht bei Therapieentscheidungen (Shared Decision Making [68]). Eine Umsetzung wäre aus Sicht der Teilnehmer durch das Angebot eines krankheitsspezifischen Basisprogramms und individueller Zusatzangebote möglich. Mit Hilfe des im Vorfeld der Rehabilitation ausgefüllten Patientenfragebogens könnte die Behandlung von Anfang an auf die spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitanden ausgerichtet werden. Umfangreichere krankheits- bzw. therapiebezogene Erklärungen sowie verstärkte Bemühungen um einheitliche und besser verständliche Informationen könnten die Behandlungsqualität aus Sicht der Rehabilitanden an dieser Stelle zudem deutlich steigern.

Auf Expertenseite wurden die Bedürfnisse der Rehabilitanden als nachvollziehbar und berechtigt eingeordnet, allerdings erscheint eine solch intensive individuelle Zuwendung im Rahmen der gegebenen Strukturen nicht umsetzbar. Aufgrund des vorhersehbaren Diskussionsbedarfs über die Notwendigkeit einzelner Therapieelemente würde die gemeinsame Therapieplan- bzw. Therapiezielabsprache den zeitlichen Rahmen sprengen. In den Visiten werden die Rehabilitanden jedoch in getroffene Therapieentscheidungen einbezogen. Auch der Vorschlag der Rehabilitanden, die Informationen aus dem Patientenfragebogen für die Therapieplanung zu nutzen, sei prinzipiell sinnvoll. Allerdings werde der Fragebogen zum einen nicht systematisch ausgewertet, zum anderen bleibe bei der Umsetzung leitliniengerechter Therapiestandards nur wenig Raum für eine individualisierte Behandlung.

Der von den Rehabilitanden wahrgenommene Informationsmangel hat aus Expertensicht zwei wesentliche Gründe: Einerseits bestehe in manchen Bereichen ein reales Defizit, andererseits seien die Rehabilitanden durch die Fülle der Informationen häufig überfordert. Um den empfundenen Mangel an Informationen zu reduzieren, sind aus Sicht der Experten unterschiedliche Medien geeignet. Informationen zum Therapieangebot könnten in Form

eines Programmheftes oder im Rahmen des Internetauftritts zur Verfügung gestellt werden und auch andere Medien (z. B. Fernsehgeräte in den Wartezimmern der Klinik) könnten zu einer Optimierung der Informationsvermittlung führen.

Strukturprobleme

Da die Bearbeitung der individuellen Krankheitsproblematik in den Therapiegruppen häufig zu kurz komme, äußerten viele Rehabilitanden das Bedürfnis nach kleineren Gruppen sowie nach einer homogeneren Gruppeneinteilung. Die häufig als außerordentlich wichtig empfundenen Einzelgespräche wurden teilweise als zu kurz bzw. zu oberflächlich erlebt, wobei den älteren Rehabilitanden in diesem Kontext vor allem eine größere Kontinuität bei ärztlichen und therapeutischen Kontakten wichtig erschien.

Das zentrale strukturelle Problem liegt aus Sicht der Rehabilitanden jedoch im allgegenwärtigen Zeit- und Personalmangel in der Klinik, der sich negativ auf alle Aspekte des Klinikablaufs und die Umsetzbarkeit der geäußerten Verbesserungsvorschläge auswirkt.

Kleinere Gruppen könnten auch aus Expertensicht eine Steigerung der Behandlungseffektivität bewirken; begrenzte Ressourcen stehen einer Umsetzung jedoch im Wege. Heterogene Gruppen hingegen erfüllen einen therapeutischen Zweck – nur im Rahmen orthopädischer Problemstellungen erscheinen Bemühungen um eine größere Homogenität erforderlich. Das Bedürfnis der Rehabilitanden nach längeren Einzelgesprächen war für die Experten nachvollziehbar, der Nutzen längerer Aufnahmegespräche wurde allerdings kritisch hinterfragt. Besonders zu Beginn einer Maßnahme sei eine Überforderung der Rehabilitanden durch zu umfangreiche Informationen festzustellen, längere Aufnahmegespräche könnten diese noch verstärken. In einer der Kliniken wird ein Optimierungsansatz erprobt: Zur Entlastung der Gespräche wird das wiederholte Erfragen persönlicher Informationen konsequent vermieden. Weiterhin ist es möglich, jederzeit Termine mit dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten zu vereinbaren. Feste Ansprechpartner und Gesprächszimmer gewährleisten dabei personelle und räumliche Kontinuität, welcher alle Experten große Bedeutung beimessen. Durch eine zeitliche Trennung von Aufnahmegespräch und Informationsvermittlung könnte zudem eine Überforderung der Rehabilitanden gezielt vermieden werden.

Auch nach Expertenmeinung besteht das strukturelle Kernproblem im allgemeinen Zeit- bzw. Personalmangel. Gemessen an den vom Kostenträger gestellten Aufgaben seien zu wenig personelle Ressourcen vorhanden. Die von den Rehabilitanden gewünschte „sprechende Medizin“ müsse aufgrund fehlender Vergütung vernachlässigt werden. Im Behandlungsalltag sei es erforderlich, ein Gleichgewicht zwischen den Wünschen der Rehabilitanden und den Vorgaben des Kostenträgers zu finden.

Berufliche Ausrichtung

Mit den berufsbezogenen Therapiemodulen waren die Rehabilitanden zwar im Allgemeinen zufrieden, es wurde allerdings häufig von Ängsten berichtet, die Vorschläge der Reha-Klinik (stufenweise Wiedereingliederung / Arbeitsplatzumgestaltung) im Beruf nicht umsetzen zu können. Die Ausweitung bestehender Angebote (Erörterung beruflicher Alternativen, Erstellung eines berufsbezogenen Leitfadens) sowie eine DRV-seitige Unterstützung bei der Umsetzung der Nachsorgeangebote im Arbeitsumfeld (z. B. durch Kontakt mit dem Arbeitgeber) waren folglich zentrale Bedürfnisse vieler Rehabilitanden der befragten Altersgruppe.

Die Ängste der Rehabilitanden bezüglich der beruflichen Reintegration sind nach Einschätzung der Experten häufig unbegründet, da sich diese bei Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber meist nicht bestätigen. Insbesondere hinsichtlich der stufenweisen Wiedereingliederung wurde von guten Erfahrungen berichtet. Allerdings bestehe aufgrund größerer Umstellungsschwierigkeiten im Beruf bei der untersuchten Altersgruppe auch eine reale Problematik. Weitere Komplikationen werden in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und Betriebsgröße erwartet. Besondere Herausforderungen wurden zudem bezüglich der Behandlung von Rehabilitanden mit laufendem Rentenantrag beschrieben, bei denen der Rehabilitationsauftrag häufig nicht erfüllt werden könne. Optimierungspotential in Bezug auf die berufliche Ausrichtung der Rehabilitation besteht aus Sicht der Experten vor allem in der Erstellung eines konkreten berufsbezogenen Nachsorgeplans – die Überwindung der Schnittstellenproblematik zum Arbeitgeber stellt hierfür die entscheidende Voraussetzung dar.

Nachsorge

Ausführlichere Informationen über die Rehabilitationsnachsorge sowie umfangreichere Hilfe bei deren Organisation und Integration in den Alltag waren zentrale Bedürfnisse vieler Rehabilitanden. Häufig wurde z. B. von befürchteten Problemen bei der Suche nach Psychotherapeuten oder geeigneten Nachsorgeangeboten in Wohnortnähe berichtet. Das Bedürfnis nach detaillierter Aufklärung über den genauen Ablauf und verfügbare Ansprechpartner war dementsprechend groß.

Aufgrund erwarteter Umsetzungsschwierigkeiten des Gelernten im Alltag bestand bei den Rehabilitanden der Wunsch nach einem auf die individuelle Lebenssituation abgestimmten Nachsorgeplan. Dieser sollte bereits in der Klinik erstellt werden und eine konkrete Terminplanung beinhalten. Durch regelmäßige Nachbefragungen zur Erfassung von Umsetzungsproblemen könnten frühzeitig Hilfestellungen angeboten und somit die Nachhaltigkeit der Behandlung weiter gesteigert werden.

Um die angestrebte Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges zu erreichen, ist auch nach Expertenmeinung eine Verfestigung der erlernten Inhalte im Rahmen der Nachsorge dringend erforderlich. Besonders in strukturschwachen Gebieten ergeben sich jedoch häufig Probleme. Eine dringend benötigte ambulante psychotherapeutische Weiterbetreuung ist oft nur mit langer Wartezeit möglich und bestehende Nachsorgegruppen sind teilweise überfüllt bzw. aufgrund einer großen Entfernung zum Wohnort nur schlecht erreichbar. Andererseits würden bestehende Nachsorgeangebote von den Rehabilitanden zum Teil nicht in Anspruch genommen. Deshalb erschien es den Experten besonders wichtig, die Rehabilitanden zur Übernahme von Eigenverantwortung und Eigeninitiative im Rahmen der Nachsorge zu motivieren. Diese Zielsetzung sollte bereits im Aufnahmegespräch sowie wiederholt im Rehabilitationsverlauf thematisiert werden. Die Verfügbarkeit systematisierter, nachsorge-relevanter Informationen im Internet erscheint zudem sinnvoll. Ein im Verlauf der Maßnahme gemeinsam erarbeiteter, individueller Nachsorgeplan könnte auch nach Expertenmeinung die Nachhaltigkeit der Behandlung erhöhen. Ein solches Vorhaben bindet jedoch wiederum zeitliche bzw. personelle Kapazitäten, folglich wird die Umsetzbarkeit unter momentanen Bedingungen kritisch beurteilt.

Regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit, ggf. mit Angeboten zur Unterstützung, sollten auch aus Expertensicht zur Sicherung einer größeren Nachhaltigkeit flächendeckend eingeführt werden. Ein starkes Interesse der Rehabilitanden wird erwartet. Da für entsprechende Interventionen jedoch keine Vergütung vorgesehen ist, kann auch dieser Vorschlag nicht realisiert werden.

Altersbezogene Behandlung

Nach Einschätzung der Rehabilitanden besteht momentan keine altersbezogene Ausrichtung der Therapie; diese wird jedoch auch in den meisten Fällen nicht als notwendig erachtet. Optimierungsvorschläge bezogen sich vielmehr auf die bereits angeführte homogenere Einteilung der Gruppen nach Diagnose und Schweregrad sowie auf eine stärker an der individuellen Lebenssituation der Rehabilitanden ausgerichtete Behandlung.

Eine rein altersbezogene Ausrichtung der Therapie macht auch nach Auffassung der Experten nur wenig Sinn. In Übereinstimmung mit den Rehabilitanden werden therapie-relevante Unterschiede eher in Abhängigkeit von der Diagnose, der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der individuellen Lebenssituation vermutet. Aufgrund unterschiedlicher Lebensphasen würde sich jedoch eine Trennung der 50-59-Jährigen von der Gruppe 60+ anbieten, da sich durch unterschiedliche Problemstellungen (berufsbezogene Belastungen vs. Übergang zum Rentenalter) auch die Behandlungserwartungen stark unterscheiden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Bevor die Diskussion der Ergebnisse erfolgt, soll auf eine methodische Einschränkung hingewiesen werden, die bei der Interpretation zu berücksichtigen ist. In der vorliegenden Untersuchung wurden keine Vergleichsgruppen mit jüngeren Rehabilitanden durchgeführt; nicht die Spezifität, sondern vor allem die Umsetzbarkeit und somit die praktische Relevanz des erfassten Behandlungsbedarfs stand im Fokus der Untersuchung. Aufgrund einheitlicher Ergebnisse – insbesondere hinsichtlich zentraler struktureller Anforderungen – über die betrachteten Indikationen bzw. Geschlechter hinweg und der Bestätigung aus Expertensicht ist jedoch davon auszugehen, dass sich die spezifischen Bedürfnisse der Altersgruppe 55plus gut in den Ergebnissen abbilden und diese somit für die Gesamtheit der Rehabilitanden dieses Alters relevant sind.

Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Es geht nicht um eine Quantifizierung von Einzelaspekten, sondern um einen Beitrag zu einem besseren Verständnis der Komplexität sozialer Wirklichkeiten. Ungeachtet dessen zeigen sich in unserer Studie bei den Reha-Erwartungen und -Zielen der Teilnehmer indikations-, geschlechts- sowie altersbezogene Tendenzen: Wie in der Literatur beschrieben, äußerten Frauen häufiger den Wunsch nach Erholung und Entspannung vom Alltagsstress [31; 32; 52; 53] und in Abhängigkeit von der Indikation standen einzelne Therapieinhalte im Vordergrund (Bewegungsbäder in der Orthopädie; Stressbewältigungstraining in der Kardiologie [27] und Psychosomatik; Einzelgespräche in der Psychosomatik). Trotz fehlender Vergleichsgruppen zeigte sich in Bezug auf dieses Kollektiv über 55-Jähriger weiterhin die bei älteren Rehabilitanden beschriebene hohe Erwartungshaltung hinsichtlich berufs- und rentenbezogener Behandlungsinhalte [31; 53].

Die Auswertung der Ergebnisse in Bezug auf entsprechende Parameter führt dabei zu einer wichtigen Erkenntnis: Ein Erklärungsmodell, welches allein auf Variablen wie dem Alter, der Indikation, dem Geschlecht o. ä. basiert, scheint den individuellen, in Abhängigkeit von der Problemkonstellation (Multimorbidität, Voralterung) sehr komplexen inhaltlichen Bedürfnissen bzw. Bedarfen der Rehabilitanden nicht gerecht werden zu können. Das Gesamtbild zweier Perspektiven auf den Rehabilitationsprozess – Rehabilitand und Behandler – verweist in diesem Kontext auf Optimierungsbedarf, aber auch auf bestehendes Optimierungspotential in zentralen Bereichen des Behandlungsablaufs. Übergeordnetes Thema ist dabei die generelle Notwendigkeit einer stärkeren Patientenorientierung im Rahmen der Therapie: alle zentralen Problembereiche des Rehabilitationsablaufs (Informationsvermittlung, berufliche Ausrichtung, Nachsorge) stehen in direktem Zusammenhang mit diesem multidimensionalen Behandlungsansatz.

Patientenorientierung

Die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung war für alle Teilnehmer unserer Studie von großer Bedeutung. In Übereinstimmung mit der Expertensicht stellt die Förderung der Eigenverantwortung des Rehabilitanden dabei den Schlüssel zur angestrebten Steigerung der Nachhaltigkeit dar: Während die Rehabilitation letztendlich nur Hilfestellungen im Umgang mit der Krankheit geben kann, geht die aktive Umsetzung in Form des Erlernens adäquater Bewältigungsstrategien, des Abstellens individueller Risikoverhaltensweisen und der Veränderung des bisherigen Lebensstils immer vom Patienten selbst aus [69]. Diese Einsicht sollte nicht nur während der Rehabilitation die Behandlung leiten, sondern schon beim Hausarzt bzw. in der Akutklinik angesprochen werden, um falschen Behandlungserwartungen von Anfang an vorzubeugen.

Eine stärkere Patientenorientierung im Rahmen der Behandlung – als Basis des Erkennens individueller Problemstellungen und folglich der Entwicklung realistischer Lösungsansätze – stellt allerdings eine entscheidende Voraussetzung für die Umsetzbarkeit dieser Forderung durch die Rehabilitanden dar. Wie sich in unserer Studie bestätigt, findet in der momentanen Rehabilitationspraxis jedoch aufgrund vielfältiger Gründe (v.a. zeitliche Restriktionen [70]) häufig noch das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung Anwendung; das Mitbestimmungsrecht der Rehabilitanden an der Therapiegestaltung und somit die Patientenautonomie wird dabei eingeschränkt [71]. So besteht immer die Gefahr, die Grenze zwischen wohlwollender Beratung und Bevormundung zu überschreiten [72] – vereinzelte Aussagen der befragten Rehabilitanden belegen dies anschaulich. Dieser Behandlungsansatz wirkt aus diesem und anderen Gründen (z. B. vielfältige Informationsmöglichkeiten der Patienten) nicht mehr in jedem Fall zeitgemäß [71]. Stattdessen scheint heutzutage in vielen Situationen das deliberative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung angemessen zu sein, bei dem „Arzt und Patient gemeinsam ihre Werte und Ziele [diskutieren]. (...) Durch diesen wechselseitigen Informations- und Diskussionsprozess (...) soll eine gemeinsame Entscheidung erarbeitet werden, für welche sich beide Partner verantwortlich fühlen“ [68].

Das Shared Decision Making bindet den Rehabilitanden dabei in therapiebezogene Entscheidungen ein und überträgt diesem somit bereits während der Maßnahme Verantwortung für die eigene Behandlungsgestaltung. Dies „fördert in besonderer Weise die Eigenverantwortung jedes Einzelnen für seine Gesundheit“ [73] und scheint für den langfristigen Erfolg der Rehabilitation folglich unentbehrlich zu sein. Auch wenn dieses partnerschaftliche Modell der Arzt-Patienten-Beziehung in der Behandlungspraxis akuter Krankheiten nicht in jedem Fall umsetzbar bzw. sinnvoll erscheint, so stellt sich in Bezug auf die Behandlung chronischer Krankheiten ein anderes Bild dar. „Gesundheit“ ist in der medizinischen Rehabilitation meist kein realistisches Therapieziel. Es geht vielmehr darum, das „Leben mit der Krankheit“ zu erlernen und eine möglichst gute Lebensqualität zu

erreichen. Dies ist ein langfristiger und vielschichtiger Prozess, der eine Lebensstiländerung erfordert. Nicht der Arzt, sondern der Patient selbst ist der Hauptakteur und trägt „dadurch wesentlich zur Prozess- und Ergebnisqualität“ bei [73]. Die Vermittlung der Kompetenz, eigenverantwortlich mit der Krankheit umgehen zu können, sollte entsprechend das primäre Ziel des Rehabilitationsprozesses darstellen.

Das Konzept des Empowerment strebt in diesem Sinne an, die Rehabilitanden – als Experten ihrer eigenen Krankheit – in die Lage zu versetzen, zwischen alternativen Werten, Zielen und den dazu passenden Interventionen auszuwählen [68] und somit als gleichberechtigte Partner aktiv an medizinischen Entscheidungsprozessen zu partizipieren [74]. Empowerment „bildet [folglich] die Grundlage des Shared Decision Making“ [75], da sich nur ein informierter Rehabilitand aktiv und konstruktiv in Behandlungsentscheidungen einbringen und somit effektiv zur Therapiegestaltung beitragen kann. Die erlernten Rehabilitationsinhalte sollen im Anschluss eigenständig auf den Alltag übertragen und eigenverantwortlich für die Fortsetzung und somit auch für die Nachhaltigkeit der Behandlung gesorgt werden [69]. „Eine Zunahme an Selbstmanagement und Zufriedenheit, bessere Compliance, stärkerer Alltagstransfer und letztendlich bessere Behandlungsergebnisse“ gehören dabei zu den erwarteten Effekten einer stärkeren Partizipation der Patienten [74].

Die entscheidende Voraussetzung besteht allerdings in der Übernahme von Eigenverantwortung durch den Rehabilitanden [73]. Dieser Anspruch kann bei gesellschaftlich schlechter gestellten bzw. weniger gut gebildeten Patienten – z. B. aufgrund einer durch wenige Selbstwirksamkeitserfahrungen geprägten Persönlichkeitsstruktur – Probleme verursachen [76]. Gerade chronisch Kranke nehmen ihre zentrale Rolle im Behandlungsprozess jedoch häufig bereitwillig an und fordern mit steigender Tendenz, an behandlungsbezogenen Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden [45; 77; 78; 79] – die Aussagen der Rehabilitanden in unserer Studie bestätigen dies. Gründe hierfür werden z. B. im immer häufiger vorhandenen Fachwissen der Rehabilitanden („Experten ihrer Krankheit“ [68] bzw. „geringeres Informationsgefälle zwischen Behandler und Patient“ [45]) und der daraus abgeleiteten subjektiven Entscheidungskompetenz dieser Patientengruppe („veränderte Rollenerwartungen der Rehabilitanden“ [45]) vermutet. Letztendlich sollte nicht unabhängig vom Partizipationsbedürfnis an alle Rehabilitanden das Ansinnen gerichtet werden, sich an medizinischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen [71], da die Präferenz für bestimmte Kommunikationsstile (bspw. Patientenpartizipation) einer recht hohen interindividuellen Variabilität unterliegt. Die patientenseitigen Kommunikationspräferenzen sollten richtungsweisend für die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung sein und könnten aus zeitökonomischen Gründen idealerweise bereits vor der Rehabilitation durch Einsatz eines Patientenfragebogens erfasst und „dem Behandler als diagnostische Eingangsinformationen (...) zur Verfügung gestellt werden“ [80].

Aufgrund bestehender Hindernisse v.a. auf struktureller Ebene erscheint ein Konzept, das eine auf individuellen Bedürfnissen basierende Behandlung im Sinne des Shared Decision Making ermöglicht, momentan nur schwer umsetzbar [70]. Die therapeutischen Leitlinien, in denen keine zeitlichen Ressourcen für entsprechende Therapieansätze vorgesehen sind, wirken dabei „als Barriere für ein patientenorientiertes, empathisches Verhalten“ [81]. Die Kostenträger sollten diesbezüglich hinterfragen, ob die vermuteten, langfristig besseren Behandlungsergebnisse bei stärkerer Patientenorientierung nicht den erforderlichen Mehraufwand an Zeit bzw. Personal und somit die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen rechtfertigen.

Informationsvermittlung

Uneinheitliche, unzureichende, unverständliche Informationsvermittlung – so beschreiben die Rehabilitanden in unserer Studie ein weiteres zentrales Defizit aktueller Behandlungskonzepte. Ein qualitativ hochwertiger, wechselseitiger Informationsprozess, basierend auf „zugänglichen, fortlaufend aktualisierten Informationen“ [68] für Rehabilitanden und Ärzte, scheint jedoch für die Realisierung von Shared Decision Making und Empowerment von entscheidender Bedeutung zu sein: Neben Eigenverantwortung und Handlungskompetenz wird vor allem Wissen als Hauptelement des Empowerment der Patienten definiert [82]. Nach diesem Verständnis besteht das Hauptziel der Behandlung darin, „Informationen in einer angemessenen Form anzubieten“, um Patienten „dazu zu befähigen, informierte Entscheidungen über ihre Lebensführung zu treffen“. Die Umsetzung des Shared Decision Making wiederum setzt den im Rahmen des Empowerment informierten Rehabilitanden vor dem Hintergrund knapper zeitlicher Ressourcen voraus – dem großen Diskussionsbedarf über den Sinn bzw. Unsinn einzelner Therapieentscheidungen könnte im Rahmen aktueller Konzepte ansonsten nicht entsprochen werden.

Qualitativ hochwertige, individuell abgestimmte Informationen spielen jedoch nicht nur beim Empowerment und Shared Decision Making eine wichtige Rolle, sondern scheinen auch hinsichtlich rehabilitationsbezogener Ziele und Erwartungen von zentralem Interesse zu sein. Die individuelle Zielorientierung ist sowohl für die Durchführung [42], als auch für das Erreichen langfristiger Behandlungseffekte von entscheidender Bedeutung [27]. Bei einer Diskrepanz zwischen den Zielen und Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation und den Zielsetzungen des Kostenträgers bzw. des Behandlungsteams kann der Erfolg einer Reha-Maßnahme negativ beeinflusst werden [25; 34] – realistische Erwartungen scheinen hingegen gesundheitsförderlich zu sein [36; 38]. Aus diesem Grund wird die Wichtigkeit einer realistischen Zielauswahl, die gemeinsam zwischen Arzt und Patient zu Beginn und wiederholt im Verlauf der Rehabilitation erfolgen und den individuellen Gesundheitszustand sowie die psychosoziale Situation des Patienten berücksichtigen sollte, besonders betont [25; 37].

Hierzu scheint jedoch eine effektive Informationsvermittlung erforderlich zu sein [38], da nur auf einer solchen Basis eine realistische Einschätzung des Gesundheitszustandes und der erreichbaren Fortschritte möglich ist.

Wie sich in unserer Untersuchung bestätigte, sind angemessene Patienteninformationen zurzeit nur in Ausnahmefällen verfügbar. Das vorhandene Material ist nicht geeignet, individuell informierte Entscheidungen über spezifische medizinische Maßnahmen zu ermöglichen [83; 84]. Im Konsens mit dem Statistisches Bundesamt und dem Robert Koch Institut werden „ausreichende, verständliche und leicht erreichbare Informationen [vom Autor als] zentrale Basis für eine Verbesserung der (...) Patientenorientierung“ [85] betrachtet, weswegen die Optimierung der Informationsqualität und des Informationsflusses großen Stellenwert besitzt. Hierzu erscheint vor allem ein verstärkter Einsatz unterschiedlicher Medien (Print- und elektronische Medien, Internet) sinnvoll, um jedem Rehabilitanden entsprechend der persönlichen Bedürfnisse einen optimalen Zugang zu relevanten Wissensinhalten zu ermöglichen. Besonders die Verfügbarkeit strukturierter Informationen im Internet kann bei der Behandlungsvorbereitung sowie im Rahmen der Nachsorge wichtige Dienste leisten (vgl. [86]) – therapierelevante Informationen stehen orts- sowie zeitungebunden zur Verfügung und verbessern den Informationsfluss zum Rehabilitanden bzw. Behandler somit entscheidend [87]. Hinsichtlich einer adäquaten Vermittlung behandlungsrelevanter Inhalte ist jedoch zu berücksichtigen, dass in Abhängigkeit von verschiedenen Parametern (Alter, Bildungshintergrund, Sprachkenntnis) eine differenzierte Informationsvermittlung notwendig erscheint. Das Einbeziehen von Patienten in den Entwicklungsprozess des Informationsmaterials könnte dabei die erforderliche Informationsqualität sicherstellen [88; 89]. Ältere Rehabilitanden weisen laut den Erkenntnissen dieser und anderer Studien [90] bspw. tendenziell größere Schwierigkeiten bei der Informationsaufnahme und -verarbeitung auf; die große Menge an Informationen führt somit häufig zu Überforderung. „Patienteninformationen individuell auf die Informationsbedarfe von Patienten maßzuschneidern“ [91] scheint ein adäquater Ansatz zur Lösung dieser Problemstellung zu sein: Ein im Vorfeld der Behandlung durchgeführtes „systematisches Assessment von Patientenvariablen“ ermöglicht mit Hilfe einer computergestützten Auswertung „eine bedarfsgerechte, individuell maßgeschneiderte Informierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Hinblick auf Krankheit und Behandlung“ [91] – die Erwartung einer tendenziell größeren Therapietreue erscheint realistisch [90].

Berufliche Ausrichtung der Rehabilitation

Unzureichende berufsbezogene Informationen und Hilfestellungen waren aus Sicht einiger Rehabilitanden eine entscheidende Schwachstelle aktueller Reha-Konzepte: Bei ca. einem Viertel der Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhalten, bestehen inzwischen „besondere, die Integration gefährdende berufliche Problemlagen“ [14]. Dieser hohe Bedarf lässt eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema der beruflichen Wiedereingliederung bereits während der Rehabilitation dringend notwendig erscheinen. Dies betrifft die betrachtete Altersgruppe im Besonderen, da für diese aufgrund gehäuft bestehender Rentenerwartungen [28] spezielle Therapieangebote und Motivierung zum Verbleib im Beruf notwendig erscheinen. Die Betroffenen sollten umfangreich und konkret über bestehende Möglichkeiten der Wiedereingliederung bzw. der beruflichen Neuorientierung informiert werden. Der Integrationserfolg hängt dabei entscheidend von der frühzeitigen Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Reha-Prozess ab [14], weswegen der Rehabilitationsablauf von Anfang an auf die spezifischen beruflichen Anforderungen der Rehabilitanden ausgerichtet werden sollte. In diesem Zusammenhang gewinnt der Wunsch der Rehabilitanden nach einer gezielten Kontaktaufnahme des Arbeitgebers durch den Kostenträger bzw. Leistungserbringer besondere Bedeutung: Eine intensivere Kooperation mit wechselseitigem Informationsaustausch (vorzugsweise mit dem Betriebsarzt) über die Leistungsfähigkeit bzw. krankheitsbedingte Einschränkungen im Arbeitsfeld könnte eine Rehamaßnahme rechtzeitig initiieren, klare berufsbezogene Zielvorgaben für die Behandlung ermöglichen und im Nachhinein einer potentiellen Überforderung der Rehabilitanden im Berufsalltag durch genaue Informationen über die krankheitsbedingten Einschränkungen vorbeugen.

Auf diese Weise erscheint auch bei beruflichen Therapieangeboten eine bedarfsgerechte Behandlungsgestaltung realisierbar – da von zusätzlichen berufsorientierten Angeboten nur Patienten profitierten, für die eine besondere berufliche Teilhabeproblematik festgestellt wurde [92], scheint dies ein sinnvolles Vorgehen zu sein. Dies „leistet (...) einen wichtigen Beitrag zu einer stärkeren Patientenorientierung“ und kann „die beruflichen Teilhabechancen besonders beeinträchtigter Patienten erhöhen“ [93]. Bemühungen um spezifische Angebote für arbeitslose Rehabilitanden bzw. Rehabilitanden mit laufendem Rentenantrag sowie um „ein stärker frauenorientiertes Angebot [mit] einer stärkeren Akzentuierung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ erscheinen im Sinne eines bedarfsgerechten Therapieangebots zudem empfehlenswert.

Nachsorge

Die Nachsorge ist in den Augen von Rehabilitanden und Experten *die* entscheidende Voraussetzung für einen nachhaltigen Behandlungserfolg – „die Rehabilitation insgesamt

und ihre Therapiebausteine sind auf die Zeit nach der Rehabilitation auszurichten“ [14]. Die Bedeutung der Nachsorge zur Aufrechterhaltung eines langfristigen Behandlungserfolges und die eigene Rolle in diesem Prozess sollte den Rehabilitanden deshalb von Beginn der Rehabilitation an klar und deutlich vermittelt werden, „damit das Ende der Rehabilitationsmaßnahme nicht als Ende der individuellen Rehabilitation angesehen wird“ [94]. Da ältere Patienten nach der Reha deutlich weniger Aktivitäten in Eigenregie unternehmen [28], besitzt dies in der betrachteten Altersgruppe eine besondere Relevanz. Eine konkrete Anbahnung der Nachsorge durch die gemeinsame Erstellung eines individuellen Nachsorgeplans, der potentielle Barrieren im familiären und beruflichen Umfeld des Rehabilitanden berücksichtigt, könnte die Umsetzbarkeit der Therapieinhalte im Alltag deutlich steigern – ein Online-Terminbuchungssystem für Zuweiser sowie Patienten wird bereits zur Optimierung der Ressourcenauslastung von Praxen und Kliniken eingesetzt [95] und könnte auch im Bereich der Nachsorge eine einfache Terminabstimmung ermöglichen. Nachbefragungen zur Einhaltung der Nachsorgevorhaben leisten einen weiteren entscheidenden Beitrag auf dem Weg zu nachhaltigeren Behandlungserfolgen; diese können die Rehabilitanden einerseits zum Aufrechterhalten der Therapie motivieren und andererseits durch die ärztliche Anbindung als Rückhalt bei Umsetzungsschwierigkeiten und krankheitsbezogenen Ängsten dienen.

Zentraler Optimierungsansatz scheint auch hier die bedarfsorientierte Ausdifferenzierung der Nachsorgekonzepte zu sein: Ein Basisangebot, in der kardiologischen Nachsorge z. B. in Form der Herzsportgruppen (das „bestehende flächendeckende Netz (...) erleichtert den Zugang zu nachsorgenden Leistungen“ [96]), sollte dabei jedem Rehabilitanden nachdrücklich empfohlen werden. Allerdings scheint bereits auf Ebene der Basisversorgung eine verstärkte „Integration präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen (...) zur Verbesserung und Stabilisierung der in der Rehabilitation erzielten Effekte“ nötig zu sein, um „den sequentiellen Krankheitsverlauf zu durchbrechen“. Aktuelle Nachsorgekonzepte setzen dies jedoch nur eingeschränkt um [96]. Angebote wie die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) stellen nachahmenswerte Ausnahmen dar: Neben Maßnahmen zur Beeinflussung „klassischer Risikofaktoren“ (Fehlernährung, Rauchen, Alkohol) sind hier auch psychologisch und edukativ ausgerichtete Interventionen (Schulungen, Stressbewältigung) Teil der Nachsorge. In Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil (Gewicht, Nikotinabusus, Stressbelastung etc.) könnten Basisangebote bedarfsgerecht um einzelne Nachsorgemodule erweitert werden, um eine zielgerichtete und somit effiziente Nachsorge zu ermöglichen.

Die Ergebnisse unserer Studie verweisen jedoch v. a. in strukturschwachen Gebieten auf ein nachsorgebezogenes Versorgungsdefizit – durch die Verwendung neuer Kommunikationswege könnte diese Problemstellung gelöst werden. Konzepte wie die „Lübecker Nachsorgestudie“, welche durch manualgestützte telefonische Nachbetreuung der Patienten zum Teil

signifikante Effekte auf das Risikoprofil erzielen konnte, zeigen das bestehende Potential auf. Die telefonische Beratung ist besonders in strukturschwachen Gebieten eine gute Option zur Aufrechterhaltung der in der Rehabilitation erreichten Effekte und nachhaltigen Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren [97]. Auch ein Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung kann „für Patienten mit chronischer Erkrankung (...) eine kontinuierliche, konzepttreue Nachbehandlung“ ermöglichen, „welche die Chancen auf eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit deutlich erhöht“ [98]. In einem systematischen Review wurde anhand von neun telefon- und zwei internetbasierten Nachsorgekonzepten zudem die Effektivität telemedizinischer Interventionen bei der Reduktion von Risikofaktoren sowie bei der Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit nachgewiesen [99]. „Moderne IKT [Informations- und (Tele-) Kommunikationstechnologien] eröffnen eine neue Möglichkeit, die gerade für chronisch Erkrankte gewünschte integrierte Versorgung flächendeckend und kosteneffektiv umzusetzen“ [98] – diese Möglichkeit sollten die Kostenträger in Zukunft stärker wahrnehmen.

Insgesamt muss Nachhaltigkeit über die Nachsorge hinausgehend noch stärker als durchgängige konzeptuelle Ausrichtung in der Rehabilitation selbst etabliert werden [14], denn „nachsorgendes Denken und Handeln ist kein modischer Appendix, sondern zwingende Voraussetzung und Notwendigkeit für eine dauerhaft erfolgreiche Rehabilitation“ [100].

Grundproblematik

Alle wesentlichen Problembereiche aktueller Rehabilitationskonzepte erfordern letztendlich den gleichen Lösungsansatz: Die bedarfsgerechte Ausdifferenzierung des Rehabilitationsangebots im Sinne der Patientenorientierung – nur so kann den individuellen Behandlungsbedürfnissen der Patienten entsprochen und eine gute Basis für nachhaltige Rehabilitationsergebnisse geschaffen werden. Aufgrund eingeschränkter Ressourcen erscheint eine Umsetzung unter den aktuellen strukturellen Voraussetzungen allerdings schwierig [70] – die Expertenaussagen in unserer Studie belegen dies anschaulich.

Moderne IKT besitzt in diesem Zusammenhang das Potential, durch Steigerung der Effektivität und Effizienz von Prozessabläufen [101] die Behandlung zu optimieren (4 Säulen des e-Health [102]) sowie gleichzeitig deutliche Kostensenkungen im Gesundheitssystem zu ermöglichen [103]:

- *Inhalt:* Bereitstellung medizinischer Informationen über das Internet (Medizinische Datenbanken: Krankheitsbild, Versorgungsleistungen, Qualität der Einrichtungen / Ärzte etc.). Transparenz ermöglicht die souveräne Mitbestimmung und Steuerung der

Patientenströme. Die Verfügbarkeit von Expertenwissen und patientenbezogenen Informationen unterstützt den behandelnden Arzt bei Diagnostik und Therapie [87].

- *Vernetzung*: Vernetzung und effizienter Informationsaustausch der im Gesundheitsmarkt tätigen Leistungsanbieter, Zulieferer usw. Das Internet, Intranet und Extranet bilden hierbei die Übertragungsmedien [87].
- *Anwendungen*: Bereitstellung von Technologien und Software für Kommunikation und den Informationsaustausch innerhalb der medizinischen Betreuung und Versorgung (Telemedizin: Tediagnostik, -therapie, -monitoring bzw. Telekonsultation [102]).
- *Geschäft*: Durch die Vernetzung aller Beteiligten, vom Lieferanten über die Ärzte, erfolgt bei internen Abläufen eine Optimierung der Geschäftsprozesse im Sinne eines E-Business des Gesundheitswesens [101].

Das Beispiel einer bedarfsgerechten Versorgung mit Informationen verdeutlicht [91], dass eine computergestützte Auswertung eines vor Reha-Beginn durchgeführten Assessment sinnvoll zur Erfassung von Behandlungsbedürfnissen und behandlungsrelevanten Risikofaktoren des Rehabilitanden eingesetzt werden kann. Die gewonnenen Informationen sollten bereits vor dem ersten Patientenkontakt zur Erstellung eines bedarfsangepassten Therapiekonzepts genutzt werden: Die Zuweisung zu geeigneten Reha-Einrichtungen, das gezielte Einbestellen von Gruppen mit spezifischen Problemfeldern [93], die individuelle Abstimmung der Reha-Dauer bzw. Form (stationär bzw. ambulant) auf die persönliche Situation (bspw. bei Pflege eines Angehörigen) sowie die inhaltliche Anpassung der Behandlung an die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden erscheint hierdurch umsetzbar – nach dem Baukastenprinzip wird eine indikationsbezogene Basistherapie durch verschiedene variabel einsetzbare Behandlungsmodule entsprechend der individuellen Anforderungen des Rehabilitanden modifiziert und somit ein flexibles, problemorientiertes und effizientes Vorgehen erreicht.

Der Bedarf an größerer Wirtschaftlichkeit, Transparenz und mehr Patientenorientierung des Gesundheitssystems erfordert jedoch eine weitere zentrale strukturelle Verbesserung: Die Überwindung bestehender Schnittstellenprobleme. „Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung [erschwert] eine nahtlose patientenorientierte Versorgung“ [98] – „trotz vielfältiger Anstrengung (...) ist eine optimale Verzahnung (...) noch nicht erreicht“. Entscheidende Faktoren sind dabei „allen voran Kommunikations- und Informationsdefizite“ [104], die zu Abstimmungsfehlern und Versorgungsbrüchen führen; besonders bei Patienten mit großem Behandlungsbedarf „entstehen hohe Effizienz- und Qualitätsverluste, da viele Leistungserbringer nicht in der Lage sind, alle Phasen der Patientenversorgung zu überschauen und für den Patienten optimal zu koordinieren“ [87; 105]. Statt abteilungsorientiert zu denken und zu versuchen, historisch gewachsene Zuständigkeitsbereiche zu optimieren,

sollte es vielmehr das Ziel sein, ein übergreifendes Prozessverständnis und eine ganzheitliche Betrachtungsweise zu entwickeln. Moderne IKT kann durch Vernetzung Schnittstellen im Versorgungsablauf überbrücken und so „die unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen und Interessen der beteiligten Kooperationspartner effektiv (...) koordinieren“ [106] – „eine sektorenübergreifende, nahtlose Behandlung“ von Patienten mit chronischer Erkrankung erscheint realisierbar [98]. Integrierte Versorgungsstrukturen mit einer starken Verzahnung stationärer und ambulanter Abläufe setzen jedoch eine sektorenübergreifende elektronische Dokumentation administrativer und medizinischer Abläufe sowie eine Vernetzung aller am Behandlungsverlauf beteiligten Bereiche voraus; aufgrund der sehr inhomogenen Softwarelandschaft in den Arztpraxen und Kliniken erscheint dies momentan nicht umsetzbar. Eine „Standardisierung mit individuellen Weiterentwicklungen und Anpassungen“ hat sich in anderen Bereichen bereits als „effizienteste und effektivste Lösung“ bewährt [101] – eine einheitliche telematische Plattform, ein tragfähiges e-Health-Gesamtkonzept als zentrale Schnittstelle für ein synergistisches Zusammenwirken aller am Rehabilitations- bzw. Behandlungsprozess beteiligten Partner scheint deshalb der richtige Lösungsansatz zu sein. Dieser komplexen und vielschichtigen Aufgabe sollten sich die Kostenträger zeitnah stellen: Ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen aller „Beteiligten im gegliederten System der sozialen Sicherung“ [14] stellt dabei möglicherweise die größte Herausforderung dar.

Zusammenfassend erscheint vor dem Hintergrund der grundlegenden strukturellen Defizite aktueller Behandlungsabläufe und der komplexen Anforderungen, die der demographische Wandel und der Bedarf nach größerer Patientenorientierung zunehmend an das System der medizinischen Rehabilitation stellen, eine Neuausrichtung der Reha-Konzepte erforderlich. Altersbezogene Therapieangebote bzw. Informationsinhalte sind dabei wichtige Aspekte im Rahmen einer generell empfehlenswerten bedarfsorientierten Rehabilitation – die individuelle Behandlung der Patienten bei zugleich zielgerichteter Verwendung verfügbarer Ressourcen scheint der adäquate Ansatz zur Lösung der vielschichtigen Problemstellungen zu sein. Die integrierte vernetzte Gesundheitsversorgung besitzt das Potential, durch eine „gezielte, im Notfall schnellere sowie diagnostisch und therapeutisch bessere Versorgung der Patienten“, „größere Transparenz“ sowie „mehr Kosteneffizienz und weniger Bürokratie im Gesundheitssektor“ [101] die dafür benötigten Grundlagen zu schaffen.

5 Zusammenfassung

Ziel der Studie

Die Alterung der deutschen Bevölkerung, die Morbiditätsentwicklung und begrenzte Ressourcen erfordern ein gesundheits- und gesellschaftspolitisches Umdenken. Die Zunahme von chronischen und multiplen Erkrankungen in höherem Alter und die Ausweitung der Lebensarbeitszeit lassen vor allem das System der medizinischen Rehabilitation in den Vordergrund rücken. Da sich die Zusammensetzung der Rehabilitanden analog zur Gesellschaft verändern wird, stellt sich die Frage, ob das Behandlungsprogramm der Rehabilitation den Erfordernissen und Bedürfnissen älterer Rehabilitanden gerecht wird oder ob Anpassungsbedarf besteht.

Methodik

Im Rahmen von 18 leitfadengestützten Fokusgruppen mit insgesamt 62 Rehabilitanden (> 55 Jahre) unterschiedlicher Indikationen wurden Bedürfnisse, Erwartungen an die Rehabilitation und Verbesserungsvorschläge erfragt. Die Ergebnisse wurden mit Experten in drei multidisziplinär besetzten Gruppendiskussionen diskutiert. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgenommen, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Die Untersuchung zeigte vielfältige Bedürfnisse der Rehabilitanden bezüglich des Behandlungsablaufs auf. Der Wunsch nach einer stärkeren Patientenorientierung, v.a. durch bessere Informierung des Rehabilitanden und Mitspracherecht bei Therapieentscheidungen, spielte dabei eine zentrale Rolle. Ein konkreter, individueller Nachsorgeplan und regelmäßige Nachbefragungen könnten nach Ansicht der Rehabilitanden eine optimale Integration der Rehabilitationsinhalte in den Alltag ermöglichen und somit die Nachhaltigkeit der Behandlung steigern. Aus Expertensicht waren viele der geäußerten Bedürfnisse nachvollziehbar und berechtigt. Unter den aktuell bestehenden Bedingungen (zeitliche und personelle Restriktionen, Leitlinien) sei eine Umsetzung der Vorschläge der Rehabilitanden jedoch nur schwer realisierbar. Optimierungspotential wird von Rehabilitanden und Experten in einer Ausweitung berufsbezogener Angebote und einer Unterstützung bei der Umsetzung im Arbeitsumfeld gesehen. Altersbezogene Aspekte waren aus Sicht beider Gruppen im Vergleich zu individuellen Aspekten (Leistungsfähigkeit, spezifische Problemlagen) von untergeordneter Bedeutung.

Schlussfolgerung

Eine Neuausrichtung der Rehabilitationskonzepte auf nachhaltige Behandlungserfolge ist notwendig. Eine Schlüsselrolle kommt dabei der Förderung von Eigenverantwortung im Umgang mit der Krankheit zu. Besonders für ältere Rehabilitanden erscheinen hierfür ein bedürfnisgerechtes Informationsangebot und ein fester Rückhalt durch eine strukturierte Reha-Nachsorge, gegebenenfalls in Form einer längerfristigen Anbindung an die Reha-Klinik, sinnvoll. Altersbezogene Bedürfnisse sind jedoch nur ein Teilaspekt einer allgemein erforderlichen bedarfsgerechten Behandlungsgestaltung – der Einsatz von IKT stellt ein effizientes Werkzeug dar, um diese Zielsetzung zu verwirklichen und langfristig stabile Reha-Ergebnisse zu erreichen.

6 Literaturverzeichnis

- ¹ Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden; 2009
- ² Garms-Homolová V, Schaeffer D. Einzelne Bevölkerungsgruppen: Ältere und Alte. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München Jena: Urban & Fischer; 2003: 675-686
- ³ Holzhausen M, Bornschlegel U, Mischker A. Multimorbidität im Alter. Geriatrie Journal 2006: 42-45
- ⁴ Steinhagen-Thiessen E, Gerok W, Borchelt M. Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger U, Hrsg. Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin New York: Walter de Gruyter; 1994
- ⁵ Ulrich, V. Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren? Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2000; 5: 163-172
- ⁶ Pressemitteilung Nr. 464 vom 07.11.2006: Im Jahr 2050 doppelt so viele 60-Jährige wie Neugeborene
[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/11/PD06__464__12421,templateld=renderPrint.psml (Tag des Zugriffs: 12.01.2010)]
- ⁷ Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Wiesbaden; 2006
- ⁸ Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010; 5: 417-426
- ⁹ INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit). „Rente mit 67“ – Voraussetzungen für die Weiterarbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen. Dortmund; 2008
- ¹⁰ Hüppe A, Raspe H. Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation 2005; 44: 1-10
- ¹¹ Gerdes N, Weis J. Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U, Hrsg. Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer; 2000: 41-68
- ¹² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005

- ¹³ Zollmann P, Schliehe F. Rehabilitation und Wiedereingliederung im demographischen Wandel. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C, Hrsg. Fehlzeiten-Report 2002: Demographischer Wandel, Herausforderungen für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Berlin: Springer Verlag; 2003: 185-199
- ¹⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Positionspapier Rehabilitation 2010. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2010
- ¹⁵ Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation 2005; 44: 259-276
- ¹⁶ Koalitionsvertrag „Wachstum, Bildung, Zusammenhalt“ zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode [<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-auszug-koalitionsvertrag-gesundheit.pdf> (Tag des Zugriffs: 12.01.2011)]
- ¹⁷ Huber C, Steffanowski A, Löschmann C, Nübling R, Schmidt J, Mayer MM, Wittmann WW. Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften; 2004; 52: 535-537
- ¹⁸ Mittag O. Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-OP oder PTCA bei Frauen und Männern: B-1 Projekt im Norddeutschen Forschungsverbund. Abschlussbericht 1. Förderphase; 2002
- ¹⁹ Härtel U, Gehring J, Klein G. Untersuchung geschlechtsspezifischer, biomedizinischer und psychosozialer Einflüsse auf den langfristigen Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Forschungsbericht 1. Förderphase, BMBF / DLR Bonn; 2003
- ²⁰ Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H. Analyse des Wirksamkeitsproblems der stationären medizinischen Rehabilitation: Inwieweit werden potentielle Erfolge durch vorliegende Untersuchungsansätze maskiert? Projektbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2009
- ²¹ Hüppe A, Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Rehabilitation 2003; 42: 143-154
- ²² Hüppe A, Raspe H. Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Rehabilitation 2005; 44: 1-10
- ²³ Mittag O, Grande G. PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – die Genderperspektive. Rehabilitation 2008; 47: 98-108

- ²⁴ Welti F. Rechtliche Aspekte einer „Patientenorientierung“ in der Rehabilitation. Die Rehabilitation 2008; 47: 109-111
- ²⁵ Thies S, Leibbrand B, Barth J, Gärtner U, Friedrich G, Bootsvelde W, Berger D, Koch U, Mehnert A. Individuelle Rehabilitationsziele und Rehabilitationsmotivation in der onkologischen Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2008; 18: 318-323
- ²⁶ Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine – How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002
- ²⁷ Schubmann RM, Vogel H, Placzek T, Faller H. Kardiologische Rehabilitation – Erwartungen und Einschätzungen von Patienten. Rehabilitation 2005; 44: 134-143
- ²⁸ Deck R, Richter S, Hüppe A. Der ältere Patient in der Rehabilitation – Probleme und Bedürfnisse. Rehabilitation 2009; 48: 326-334
- ²⁹ Welti F, Sulek C. Die individuelle Konkretisierung des sozialrechtlichen Anspruchs auf Rehabilitation. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2000: 453-472
- ³⁰ Bethge M. Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: ein Discrete Choice Experiment. Gesundheitswesen 2009; 71: 152-160
- ³¹ Deck R, Zimmermann M, Kohlmann T, Raspe H. Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Rehabilitation 1998; 37: 140-146
- ³² Faller H, Vogel H, Bosch B. Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. Rehabilitation 2000; 39: 205-214
- ³³ Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L, Beutel ME. Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. Rehabilitation 2005; 44: 14-23
- ³⁴ Kühn A, Pannicke L, Mohs A, Schneider H. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation – Erste Ergebnisse der Skalenentwicklung. Die Rehabilitation 2001; 40(3): 165-174
- ³⁵ Söderberg S, Jumisko E, Gard G. Client's experiences of a work rehabilitation process. Disabil Rehabil. 2004; 26(7): 419-424

- ³⁶ Schwarzer R. Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology* 1999; 4(2): 115-127
- ³⁷ Dohnke B, Knäuper B, Müller-Fahnow W. „Sei realistisch!“. Realistische Ergebniserwartungen führen zu besseren mittelfristigen Rehabilitationsergebnissen. *DRV-Schriften* 2002; 33: 288-290
- ³⁸ Bölsche F, Hasenbein U, Reißberg H, Wallesch CW. Erwartungen von Schlaganfall-Rehabilitanden an die stationäre und teilstationäre neurologische Rehabilitation in der Phase D. *Rehabilitation* 2004; 43: 65-74
- ³⁹ Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, Finset A. Rheumatology care: Involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2006; 55(3): 394-401
- ⁴⁰ Meyer T, Brüggemann S, Widera T. Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell* 2008; 3: 94-99
- ⁴¹ Pâquet M, Bolduc N, Xhignesse M, Vanasse A. Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *J Adv Nurs.* 2005; 51(6): 567-576
- ⁴² Vogel H, Tuschhoff T, Zillessen E. Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung an die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung* 1994, 49 (11): 751-765
- ⁴³ Protz W, Gerdes N, Maier-Riehle B, Jäckel WH. Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37 (1): 24-29
- ⁴⁴ Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H. Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung. Lage: Jacobs-Verlag; 2008
- ⁴⁵ Steger AK, Ehrhardt H, Körner M. Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation zu partizipativer Entscheidungsfindung – eine qualitative Studie. *DRV-Schriften* 2009; 83: 78-79
- ⁴⁶ Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns.* 2006; 63 (1-2): 145-151
- ⁴⁷ Pohontsch N, Meyer T, Raspe H. Qualitative Analyse der Determinanten der Patientenzufriedenheit mit der Planung und Zielorientierung in der stationären medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften* 2008; 77: 155-156

- ⁴⁸ Muthny FA, Dörner U. Ziele in der kardiologischen Rehabilitation aus der Sicht von Ärzten und Patienten – Wie passt das zusammen? DRV-Schriften 2007; 72: 447-448
- ⁴⁹ Pfungsten M, Hildebrand J, Sauer P, Franz C, Seeger D. Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP). Ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischem Rückenschmerz. Der Schmerz 1997; 11: 30-41
- ⁵⁰ Bergelt C, Welk H, Koch U. Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Rehabilitation 2000; 39: 338-349
- ⁵¹ Petermann F, Niebank K, Bergmann KC. Patientenerwartungen an die pneumologische Rehabilitation. Rehabilitation 1996; 35: 38-50
- ⁵² Leppin A, Alenhöner T, Grande G, Schubmann R, Mannebach M. Welche Erwartungen haben unterschiedliche Patientengruppen an die kardiologische Rehabilitation? DRV-Schriften 2004; 52: 399-400
- ⁵³ Deck R. Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). Z Med Psychol 2006; 15: 175-183
- ⁵⁴ Korsukéwitz C, Klosterhuis H, Winnefeld M, Beckmann U. Frauen sind anders – auch in der Rehabilitation? Die Angestelltenversicherung 2001; 1: 1-9
- ⁵⁵ Bürger W, Koch U. Wie groß ist der Bedarf für ambulante Formen der Rehabilitation im Bereich der Orthopädie? Ergebnisse eines Mehrperspektivenansatzes. Rehabilitation 1999; 38 (1): 12-23
- ⁵⁶ Grande G, Leppin A, Romppel M, Alenhöner T, Mannebach H. Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? Rehabilitation 2002; 41: 320-328
- ⁵⁷ Alenhöner T, Leppin A, Grande G, Romppel M. Rehabilitationsbezogene Einstellungen, Erwartungen und Ziele von Patientinnen und Patienten nach akutem Myokardinfarkt. DRV-Schriften 2002; 33: 150-152
- ⁵⁸ Horres-Sieben B, Mittag O, Raspe H. Erwartungen von PatientInnen an die kardiologische Rehabilitation: Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität eines Fragebogens zu Rehaerwartungen. DRV-Schriften 2001; 26: 108-110
- ⁵⁹ Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Gesundheitswesen 2008; 70: 582-589

- ⁶⁰ Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Rehabilitation 2007. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2008
- ⁶¹ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2002. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger; 2003
- ⁶² PROGNOSE AG. Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel; 2009
- ⁶³ Deck R, Raspe H. Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. Rehabilitation 2006; 45: 272-281
- ⁶⁴ Kuhlmeier A, Schaeffer D, Hrsg. Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber, 2008: 58-59
- ⁶⁵ Irle H, Winnefeld M. Wandel in Demographie und Arbeitswelt – künftige Herausforderungen an die Rehabilitation. DAngVers 2004; 4: 188-196
- ⁶⁶ Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 2000
- ⁶⁷ Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2000: 319-331
- ⁶⁸ Faller H. Patientenorientierung im Gesundheitswesen: Arzt-Patient-Beziehung, Shared Decision Making, Empowerment. In: Pawils S, Koch U. Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer; 2006: 74-78
- ⁶⁹ Faller H. Empowerment. In: Deck R, Glaser-Möller N, Remé T. Rehabilitation und Wiedereingliederung – Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Lage: Jacobs Verlag; 2008: 69-80
- ⁷⁰ Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implementation Science 2006, 1:16 [<http://www.implementationscience.com/content/1/1/16> (Tag des Zugriffs: 12.01.2011)]
- ⁷¹ Charavel M, Bremond A, Moumjid-Ferdjaoui N, Mignotte H, Carrere MO. Shared decision-making in question. Psycho-Oncology 2001; 10: 93-102
- ⁷² Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer J. Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81 (49)

- ⁷³ Richter G. Neue Schwerpunkte im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Schauder P, Berthold H, Eckel H, Ollenschläger G, Hrsg. Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006: 461-466
- ⁷⁴ Faller H. Empowerment als Ziel der Patientenschulung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003; 16 (64): 353-357
- ⁷⁵ Faller H. Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Rehabilitation 2003; 42 (3): 129-135
- ⁷⁶ Shalowitz DI, Wolf MS. Shared Decision-Making and the Lower Literate Patient. J Law Med Ethics 2004; 32 (4): 759-764
- ⁷⁷ Schmidt A, Petrynowski C, Matschewsky S, Doering T. Auswertung einer Patientenschulung zur partizipativen Entscheidungsfindung in der stationären Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2006; 16: 245
- ⁷⁸ McKinstrey B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. British Medical Journal 2000; 321: 867-871
- ⁷⁹ Neuderth S, Steinbüchel T, Schowalter M, Richard M, Störk S, Angermann CE, Faller H. Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Zeitschrift für medizinische Psychologie 2005; 14: 1-9
- ⁸⁰ Farin E. Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. Rehabilitation 2010; 49: 277-291
- ⁸¹ Neumann M, Scheffer C, Längler A, Tauschel D, Joos S, Lutz G, Edelhäuser F. Bedeutung und Barrieren ärztlicher Empathie im Praxisalltag – Stand der Forschung und qualitative Kurzumfrage mit Ärzten. Rehabilitation 2010; 49: 326-337
- ⁸² European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. Diabet Med 1999; 16: 716-730 (freie Übersetzung)
- ⁸³ Mühlhauser I, Lenz M. Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen? Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ) 2008; 102: 223-230
- ⁸⁴ Mühlhauser I, Oser F. Sind medizinische und Gesundheitsinformationen auf den Internetseiten von Wikipedia evidenzbasiert? Eine Inhaltsanalyse. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ) 2008; 102: 441-448

- ⁸⁵ Robert Koch-Institut, Hrsg. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Berlin: Robert Koch-Institut; Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 32, 2009
- ⁸⁶ Aufbau eines Web-basierten Zentrums „Reha-Nachsorge“ in Deutschland [<http://www.nachderreha.de/> (Tag des Zugriffs: 12.01.2011)]
- ⁸⁷ Pflügel R. Institutionenökonomische Analyse des Rehabilitationsmarktes. Im Fokus steht die Medizinische Rehabilitation. Norderstedt: GRIN Verlag; 2008: 31-114
- ⁸⁸ Steckelberg A, Berger B, Kopke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für Evidenz-basierte Patienteninformationen. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2005; 99: 343-351
- ⁸⁹ Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Education & Counselling 2010; 78 (3): 316-328
- ⁹⁰ Brown SC, Park, DC. Theoretical Models of Cognitive Aging and Implications for Translational Research in Medicine. The Gerontologist 2003; 43 (1): 57-67
- ⁹¹ Glattacker M, Heyduck K, Meffert C. Entwicklung, Implementierung und Umsetzung einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Rehabilitation 2010; 49: 292-300
- ⁹² Streibelt M. Aktivität und Teilhabe. Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2007
- ⁹³ Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C. Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie. Rehabilitation 2010; 49: 2-12
- ⁹⁴ Flick CL. Stroke Rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychological consequences. Arch Phy Med Rehabil 1999; 80: 21-26
- ⁹⁵ samedi [<https://www.samedi.de/> (Tag des Zugriffs: 12.01.2011)]
- ⁹⁶ Sterdt E, Brandes I, Dathe R, Walter U. Nachsorge im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation – Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung. Rehabilitation 2010; 49: 87-94
- ⁹⁷ Mittag O, China C, Hoberg E, Juers E, Kolenda K, Richardt G et al. Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): overall and gender-specific effects. International Journal of Rehabilitation Research 2006; 29: 295-302

- ⁹⁸ Zimmer B, Moessner M, Kordy H. Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. *Rehabilitation* 2010; 49: 301-307
- ⁹⁹ Neubeck L, Redfern J, Fernandez R, Briffa T, Baumann A, Freedman SB. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16(3): 281-289
[http://journals.lww.com/ejcp/Fulltext/2009/06000/Improving_outcomes_after_myocardial_infarction___a.3.aspx (Tag des Zugriffs: 12.01.2011)]
- ¹⁰⁰ Köpke KH. Unverzichtbar und unterschätzt – Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation. *Deutsche Rentenversicherung* 2007; 11-12: 790-801
- ¹⁰¹ Pfänder T, Fischlein J. *Industrielles Klinikmanagement. Effektive Managementprinzipien übertragen auf aktuelle Herausforderungen in Kliniken.* München: FinanzBuch Verlag; 2008: 138-280
- ¹⁰² Trill R, Hrsg. *Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung.* Stuttgart: Kohlhammer; 2009: 52-53
- ¹⁰³ Jähn K, Nagel E, Hrsg. *e-Health.* Berlin: Springer Verlag; 2004: 36
- ¹⁰⁴ Pohontsch N, Deck R. Überwindung von "Schnittstellenproblemen" in der medizinischen Rehabilitation. *MVF* 2010; 6: 40-43
- ¹⁰⁵ Mühlbacher A, Nübling M, Niebling W. Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung. Ansätze zur Steuerung durch Selbstbewertung und Patientenbefragung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2003; 46: 659-667
- ¹⁰⁶ Bartel S, Bethge M, Streibelt M, Thren K, Lassahn C. Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse. *Rehabilitation* 2010; 49: 138-146
- ¹⁰⁷ Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S. *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte.* Wiesbaden: VS Verlag; 2006
- ¹⁰⁸ Deck R, Raspe H. Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Initiative und Erprobung.* *Rehabilitation* 2006; 45: 146-151
- ¹⁰⁹ Köpke KH. Neue Herausforderungen für die Rehabilitation bei älteren Arbeitnehmern. *Soziale Sicherheit* 2007; 4: 138-141

- ¹¹⁰ Hofreuter-Gätgens K, Bergelt C, Hergert A, Koch U, Melchior H, Pfau-Effinger B, Schulz H, Watzke B, Morfeld M. Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Rehabilitation onkologischer und psychischer / psychosomatischer Erkrankungen – Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse. DRV-Schriften 2009; 83: 103-105
- ¹¹¹ Kobelt A, Lieverscheidt B, Grosch E. Unterscheiden sich die Ergebnisse der ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach dem Curriculum Hannover bei Arbeitern und Angestellten? Eine katamnestische Studie vor dem Hintergrund einer überwunden geglaubten Schichtspezifität. DRV-Schriften 2009; 83: 435-437
- ¹¹² Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. Fam Pract. 2008; 25(4): 287-293
- ¹¹³ Allcock N, Elkan R, Williams J. Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. J Adv Nurs. 2007; 60(3): 248-256
- ¹¹⁴ Meng K, Zdrahal-Urbaneck J, Frank S, Holderied A, Vogel H. Patients expectations, motivation and multidimensional subjective and objective socio-medical success in medical rehabilitation measures. Int J Rehabil Res. 2006; 29(1): 65-69
- ¹¹⁵ Bürger W, Deck R. SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 211-221
- ¹¹⁶ Dudeck A, Glattacker M, Gustke M, Dibbelt S, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B, Jäckel W H. Haben Patienten Reha-Ziele, und wenn ja, welche? Ergebnisse einer Analyse von Freitextangaben. DRV-Schriften 2009; 83: 49-51

7 Anhang

Anhang 1: Übersicht über die Fokusgruppen mit Rehabilitanden	92
Anhang 2: Zwischenbericht	103
Anhang 3: Studieninformationen	117
Anhang 4: Einverständniserklärung	121
Anhang 5: Präsentationsfolien der Expertengruppen.....	122

Anhang 1: Übersicht über die Fokusgruppen mit Rehabilitanden

Tabelle 1: Moderation, Komoderation und Teilnehmerzahl

Fokusgruppe	Moderator	Komoderator	Indikation	Teilnehmerzahl
FG1	SR	TKW	Psychosomatik	3
FG2	TKW	SR	Kardiologie	6
FG3	SR	TKW	Kardiologie	3
FG4	TKW	SR	Orthopädie	7
FG5	SR	TKW	Orthopädie	7
FG6	TKW	NP	Psychosomatik	5
FG7	TKW	SR	Psychosomatik	4
FG8	SR	TKW	Psychosomatik	5
FG9	TKW	SR	Kardiologie	8
FG10	SR	TKW	Orthopädie	5
FG11	TKW	SR	Orthopädie	4
FG12	TKW	NP	Kardiologie	5
FG13	TKW	NP	Kardiologie	7
FG14	SR	TKW	Psychosomatik	4
FG15	TKW	SR	Psychosomatik	3
FG16	SR	TKW	Orthopädie	5
FG17	TKW	SR	Orthopädie	3
FG18	TKW	NP	Kardiologie	4

Anmerkung: NP = Nadine Pohontsch, SR = Susanne Richter, TKW = Tobias Krüger-Wauschkuhn

Tabelle 2: Fokusgruppe 1 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau C1	59	Büroarbeit	keine	psychische Probleme
Frau C2	54	Call-Center-Mitarbeiterin	5. Rehabilitation	Burnout-Syndrom, Depression, Panikstörung
Frau C3	60	Kindergärtnerin; Tagesmutter	3. Rehabilitation	Depression, Trauerbewältigung

Tabelle 3: Fokusgruppe 2 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr D1	-	Stadtentsorgung (leitender Angestellter)	keine	Bypass-Operation
Herr D2	67	Rentner (Zimmermann)	keine	Bypass-Operation
Herr D3	-	Rentner (Erwerbsunfähigkeit)	keine	Herzinfarkt
Herr D5	55	Sozialarbeiter	2. Rehabilitation	-
Herr D6	60	Vermessungstechniker	keine	Stent-Implantation
Herr D7	56	Rentner	keine	-

Tabelle 4: Fokusgruppe 3 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau E7	58	arbeitslos (Außenhandelskauffrau)	keine	Stent-Implantation
Frau E8	70	Rentnerin (Verkäuferin)	mehrfach („paarmal“)	Bluthochdruck
Frau E9	-	Buchbinderin	2. Rehabilitation	Intensivpatientin (Herzinfarkt)

Tabelle 5: Fokusgruppe 4 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr G1	56	Maschinenführer	keine	-
Herr G2	60	Maurer	2. Rehabilitation	Rückenbeschwerden
Herr G3	-	Chemikant (Erwerbsunfähigkeit)	keine	Bandscheiben-OP
Herr G4	55	Krafftfahrer	keine	Hüftgelenksarthrose
Herr G5	61	Elektriker	3. Rehabilitation	Arthrose rechtes Knie, Meniskus-OP re
Herr G6	61	Krafftfahrer	3. Rehabilitation	Rückenbeschwerden
Herr G7	58	Abteilungsleiter Reinigungsunternehmens (Erwerbsunfähigkeit) eines	2. Rehabilitation	Rückenbeschwerden

Tabelle 6: Fokusgruppe 5 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau F1	56	selbstständige Kauffrau	keine	Rheumatoide Arthritis
Frau F2	59	Bankangestellte	5. Rehabilitation	Wirbelsäulenfraktur
Frau F5	59	Tankstellenbesitzerin	ca. 6. Rehabilitation	Trümmerbruch des Sprunggelenks
Frau F6	58	Altenpflegerin	keine	Rückenbeschwerden
Frau F7	56	Reinigungskraft	keine	Rückenbeschwerden (Lumboischialgie)
Frau F8	61	Mini-Job im Büro	keine	drei Knieoperationen (u.a. Kreuzband-OP)
Frau F9	62	Altenpflegerin	keine	Bandscheiben-OP

Tabelle 7: Fokusgruppe 6 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau H1	56	Krankenpflegerin	3. Rehabilitation	Depression, Ängste, Schlafstörungen
Herr H2	59	Diplomkaufmann	keine	Depression, Burnout-Syndrom, Schlafstörungen
Frau H3	58	Erzieherin (schwerstbehinderte Kinder)	keine	Depression, Burnout-Syndrom
Herr H4	-	Mini-Job (früher Landwirt)	ca. 8. Rehabilitation	psychische Probleme
Herr H5	56	„Qualitätsplaner“ (Qualitätsmanagement)	2. Rehabilitation	ADS

Tabelle 8: Fokusgruppe 7 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr J1	56	Krankenpfleger	4. Rehabilitation	Depression
Herr J2	57	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	3. Rehabilitation	psychosomatische Problematik (chron. Bronchitis, Schwindel etc.)
Herr J3	55	Innen- / Außendienst	keine	Antriebslosigkeit
Herr J4	54	Im Vertrieb tätig	keine	Antriebslosigkeit

Tabelle 9: Fokusgruppe 8 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau I2	55	Psychotherapeutin (Kinder)	-	Burnout-Syndrom
Frau I3	54	arbeitslos (Bankkauffrau)	(mehrfach durch Begleitung des Mannes)	Seelische + körperliche Überlastung
Frau I6	56	Rentnerin (Pförtnerin)	-	Trauerbewältigung
Frau I7	54	Krankenpflegerin	-	Angststörung
Frau I8	57	Bäckereiverkäuferin	2. Rehabilitation	Angststörung

Tabelle 10: Fokusgruppe 9 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr N1	55	Verwaltungsangestellter (Altersteilzeit)	9. Rehabilitation	Herzinfarkt
Herr N2	58	EDV-Handel (Dipl.-Ingenieur)	keine	-
Herr N3	59	Rentner (Kraftfahrer)	2. Rehabilitation	-
Herr N4	-	Kraftfahrer	keine	-
Frau N5	65	Hausfrau (Steuersachbearbeiterin)	3. Rehabilitation	Stent-Implantation
Herr N6	59	Kaufmännischer Angestellter	keine	-
Herr N7	59	selbstständig (Gebäudereinigung)	keine	Herzinfarkt
Herr N8	60	Kraftfahrer	keine	-

Tabelle 11: Fokusgruppe 10 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau L3	57	Altenpflegerin	keine	Halswirbelsäulen-OP (Versteifung)
Frau L4	58	Rechtsanwalt- und Notargehilfin	keine	„körperliche Beschwerden“
Frau L6	61	Krankenpflegerin	2. Rehabilitation	Burnout-Syndrom
Frau L7	58	Hausfrau (Fabrikarbeit / Frisörin)	keine	Rücken- und Hüftbeschwerden
Frau L8	58	Rechtsanwalt- und Notargehilfin	2. Rehabilitation	Rückenbeschwerden

Tabelle 12: Fokusgruppe 11 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr K1	57	IT-Systemspezialist	6. Rehabilitation	Hüftgelenksarthrose
Herr K2	59	Galvaniseur	2. Rehabilitation	-
Herr K3	58	Schulhausmeister	keine	Rückenbeschwerden
Herr K4	56	Straßenbauer	2. Rehabilitation	Bandscheibenvorfall

Tabelle 13: Fokusgruppe 12 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr Q1	62	Kaufmann	2. Rehabilitation	Stent-Implantation
Herr Q2	-	Vorruhestand (Maurer)	2. Rehabilitation	Stent-Implantation
Herr Q3	63	Vorruhestand (Dekorateur)	3. Rehabilitation	Stent-Implantation, Herzschrittmacher
Herr Q4	55	Radio- und Fernstechniker	keine	Herzinfarkt
Herr Q5	65	Sozialpädagoge	2. Rehabilitation	Herzinfarkt, Herzschrittmacher

Tabelle 14: Fokusgruppe 13 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr S1	55	Verwaltungsangestellter (Altersteilzeit)	9. Rehabilitation	Herzinfarkt
Herr S2	58	EDV-Handel (Dipl.-Ingenieur)	keine	-
Herr S3	59	Rentner (Krautfahrer)	2. Rehabilitation	-
Herr S4	60	Krautfahrer	keine	-
Herr S5	65	Hausfrau (Steuersachbearbeiterin)	3. Rehabilitation	Stent-Implantation
Herr S6	59	selbstständig (Gebäudereinigung)	keine	Herzinfarkt
Herr S7	-	Krautfahrer	keine	-

Tabelle 15: Fokusgruppe 14 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau T2	57	Bäckereiverkäuferin	2. Rehabilitation	Angststörung
Frau T4	56	Rentnerin (Pförtnerin)	-	Trauerbewältigung
Frau T5	54	arbeitslos (Bankkauffrau)	(mehrfach durch Begleitung des Mannes)	Seelische + körperliche Überlastung
Frau T6	54	Krankenpflegerin	-	Angststörung

Tabelle 16: Fokusgruppe 15 (Psychosomatik)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr P1	55	Innen- / Außendienst	keine	Antriebslosigkeit
Herr P2	56	Krankenpfleger	4. Rehabilitation	Depression
Herr P3	57	Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	3. Rehabilitation	psychosomatische Problematik (chron. Bronchitis, Schwindel etc.)

Tabelle 17: Fokusgruppe 16 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Frau U3	61	Krankenpflegerin	2. Rehabilitation	Burnout-Syndrom
Frau U4	57	Altenpflegerin	keine	Halswirbelsäulen-OP (Versteifung)
Frau U5	58	Rechtsanwalt- und Notargehilfin	keine	„körperliche Beschwerden“
Frau U6	58	Hausfrau (Fabrikarbeit / Frisörin)	keine	Rücken- und Hüftbeschwerden
Frau U7	58	Rechtsanwalt- und Notargehilfin	2. Rehabilitation	Rückenbeschwerden

Tabelle 18: Fokusgruppe 17 (Orthopädie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr O1	57	IT-Systemspezialist	6. Rehabilitation	Hüftgelenksarthrose
Herr O2	58	Schulhausmeister	keine	Rückenbeschwerden
Herr O3	56	Straßenbauer	2. Rehabilitation	Bandscheibenvorfall

Tabelle 19: Fokusgruppe 18 (Kardiologie)

Pseudonym	Alter	Beruf	Reha-Vorerfahrung	Reha-Anlass
Herr R1	-	Vorruhestand (Maurer)	2. Rehabilitation	Stent-Implantation
Herr R2	63	Vorruhestand (Dekorateur)	3. Rehabilitation	Stent-Implantation, Herzschrittmacher
Herr R3	55	Radio- und Fernsehtechniker	keine	Herzinfarkt
Herr R4	65	Sozialpädagoge	2. Rehabilitation	Herzinfarkt, Herzschrittmacher

Anhang 2: Zwischenbericht für den Zeitraum 01.03.2009 bis 31.05.2009**ZWISCHENBERICHT**

für den Zeitraum 01.03.2009 bis 31.05.2009

Vorhaben

„Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55+)“

Abgabetermin

spätestens 31.05.2009

Aufzählung der wichtigsten wissenschaftlich-technischen Ergebnisse und anderer wesentlicher Ereignisse

Die dreimonatige Konzeptionsphase (Berichtszeitraum) umfasste die Datenschutzabklärungen, die Ethikantragstellung, eine systematische Literaturrecherche und die Leitfadenerstellung für die Fokusgruppenarbeit.

1.1 Projektbetreuung

Zum 01.03.2009 startete das Projekt, Frau Dr. Susanne Richter wurde als Wissenschaftliche Mitarbeiterin eingestellt (½ BATIIa-Stelle), die Projektleitung haben Frau Dr. Ruth Deck und Herr Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe inne. Das Promotionsstipendium wurde an Herrn Tobias Krüger-Wauschkuhn vergeben.

1.2 Ethikvotum und Versicherung

Der Ethikantrag wurde an die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck gerichtet, sie hatte keine Bedenken (Ethikvotum vom 06.03.2009; AZ 09-025). Für die Fokusgruppenteilnehmer (Reha-Antragsteller) wurde eine Gruppen-Wege-Unfall-Versicherung abgeschlossen.

1.3 Datenschutzabklärungen

Zur Abklärung der notwendigen Datenschutzvorkehrungen nahmen wir mit Frau Zollmann, Frau Dr. Dambrowski und Herrn Gerold von der DRV-Bund sowie Fr. Dr. Glaser-Möller von

der DRV-Nord Kontakt auf. Anfang April 2009 wurde das gemeinsam erarbeitete Datenschutzkonzept verabschiedet.

1.4 Systematische Literaturrecherche

Rehabilitationspotenzial

Sozialmedizinische Zwei-Jahres-Prognosen der Arbeiterrentenversicherung von 1996 belegen, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen die berufliche Wiedereingliederung auch älterer Arbeitnehmer erreichen kann [12]. Unter denjenigen Rehabilitanden, die zum Rehabilitationszeitpunkt zwischen 55 und 59 Jahren alt waren, standen zwei Jahre später noch 61% im Erwerbsleben (zum Vergleich: unter 50 Jahren: 92%; 50-54 Jahre: 82%; 60-64 Jahre: 23%). Frühberentet wurden in den Altersgruppen 55+ nur 18% (55-59 Jahre) bzw. 16% (60-64 Jahre). Bei der Anpassung arbeitsmarkt- und arbeitsplatzbezogener Bedingungen hat die medizinische Rehabilitation ein beachtliches Wiedereingliederungspotenzial, auch unter Personen mit degenerativen Erkrankungen [13].

Geringe Inanspruchnahme trotz Multimorbidität

Obwohl Krankheiten und Beschwerden mit dem Alter, insbesondere ab dem 55. Lebensjahr, in nahezu allen Bereichen stark zunehmen, ist die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen unter Älteren auffallend gering [107]. In unseren eigenen Daten zeigte sich, dass Ältere im Vergleich zu jüngeren Rehabilitanden stärkere Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im Alltag aufweisen und häufiger Schmerzen in den unteren Extremitäten berichten [63; 108]. Eine tabellarische Aufstellung der (bevölkerungsbezogen) häufigsten selbstberichteten Krankheiten und daraus resultierenden Beschwerden, die im Rahmen des Alterssurveys 2002 erhoben wurden, findet sich im Anschluss an den Text. Laut Daten des Alterssurveys haben unter den 40-54jährigen nur 3.1% der Frauen bzw. 4.1% der Männer schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. In der Altersgruppe der 55-69jährigen waren es 6.8% (Frauen) bzw. 6.3% (Männer), unter den 70 bis 85jährigen entsprechend 6.7% (Frauen) bzw. 7.8% (Männer) [107]. Nur neun Prozent aller Rehabilitationsmaßnahmen entfallen auf über 60jährige, drei Viertel der Maßnahmen werden von 40 bis 59jährigen in Anspruch genommen [109]. Da chronische Erkrankungen „mitaltern“ und die Vermeidung dauerhafter Multimorbidität und Funktionseinbußen im mittleren Erwachsenenalter am größten sind, kommt der Rehabilitation eine Schlüsselrolle in der langfristigen Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zu, deren Potenzial aktuell nicht annähernd ausgeschöpft wird. Möglicherweise werden die spezifischen Bedürfnisse Älterer nicht genügend im Rehabilitationsprozess berücksichtigt.

Ein Ziel der Rehabilitation muss auch sein, die Erwerbsfähigkeitsmotivation unter Älteren chronisch Kranken zu stärken, die die Rehabilitation mit Rentenerwartungen antreten (Deck et al., eingereicht).

kognitive Einschränkungen

Da die Rehabilitation neben der medizinischen und physikalischen Therapie als dritte Funktion die Wissensvermittlung innehat, kommen der Patientenschulung und dem Empowerment zentrale Aufgaben zu. Hier sind kognitive Grundvoraussetzungen vonnöten, um von diesen Rehabilitationsangeboten profitieren zu können. Mit altersassoziierten kognitiven Einschränkungen ist in der Altersgruppe 55+ nur in Einzelfällen zu rechnen. Entscheidender dürfte ein vielfach belegter Sozialgradient sein. Der überwiegende Teil der (v.a. orthopädischen) RehabilitandInnen ist niedrigeren Bildungsschichten zuzuordnen, die bekanntermaßen weniger von den aktuellen Rehabilitations- und Nachsorgeansätzen profitieren [59; 110; 111]. Hier sind gezielte Bedürfnisse und Vorstellungen der Rehabilitanden zu ermitteln.

Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Bedürfnisse

Der Zeitraum der Literaturrecherche erstreckte sich über den März und April 2009. Die internationale Recherche, die sich auf die Suche in der internationalen Literaturdatenbank „PubMed“ beschränkte, erlaubt nur sehr begrenzte Rückschlüsse auf altersgruppen- bzw. geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Erwartungshaltung der RehabilitandInnen. Jedoch wird bei höherem Alter eine verminderte Einbeziehung in medizinische Entscheidungen beobachtet [39], was gerade vor dem Hintergrund der vielfach geäußerten Forderung nach einem flexibleren und stärker patientenorientierten Rehabilitationsmodell mit gemeinschaftlicher Entscheidungsfindung problematisch erscheint [112; 113; 114]. Ein Erfolg versprechender Ansatz wird in Form des „goal setting“ gesehen, bei dem zu Rehabilitationsbeginn gemeinsame Ziele erarbeitet und im Verlauf auf ihre Erreichung hin periodisch hinterfragt werden [46].

Die nationale Recherche setzte sich zusammen aus einer Suche in der deutschsprachigen Literaturdatenbank „REHADAT“, einer Handsuche in den wichtigsten rehabilitationsbezogenen deutschen Fachzeitschriften („Rehabilitation“; „Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin“; „Gesundheitswesen“) sowie in den Tagungsbänden des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums. Die Rechercheergebnisse zeigen, dass rehabilitationsbezogene Erwartungen sowohl von der Diagnose als auch von soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit) abhängig scheinen

[32; 50; 52]. Es lassen sich daraus jedoch keine unmittelbaren Rehabilitationsbedürfnisse (speziell für die Altersgruppe 55+) ableiten [31].

In Hinsicht auf das **Geschlecht** ergaben sich entsprechend verschiedener Lebensumstände, Aufgabenstellungen sowie ökonomischer und sozialer Lage der RehabilitandInnen unterschiedliche subjektive Rehabilitationsziele, psychische bzw. soziale Rehabilitationsbedürfnisse und differenzierte Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien. Diesen wird in der momentanen Rehabilitationspraxis nicht ausreichend entsprochen [25; 44; 50].

Aktuelle Rehabilitationskonzepte scheinen stärker an den Erwartungen von Männern ausgerichtet zu sein. Für Frauen dürfte eine wesentliche stärkere Differenzierung hinsichtlich der Programminhalte notwendig sein [23]. Es sind allenfalls geschlechtsspezifische Tendenzen in der Erwartungshaltung erkennbar. Frauen richten ihre Rehabilitationsziele eher auf psychische Inhalte und Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens aus, während für Männer somatische und berufsbezogene Ziele im Vordergrund stehen [31; 32; 57; 115], auch wenn einzelne Publikationen widersprüchliche Ergebnisse beschreiben [115].

Im Hinblick auf **alters-** bzw. **schichtspezifische Unterschiede** zeigte sich, dass bei höherem Lebensalter sowie bei Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Arbeiter höhere Erwartungen an berufs- und rentenbezogene Rehabilitationsinhalte als bei jüngeren bzw. beruflich höher gestellten Patienten bestehen [59]. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der Forderung nach der Implementierung spezifischer berufsbezogener Angebote wider [30]. Gezielte Untersuchungen zu der in unserem Projekt betrachteten Altersgruppe stehen bislang aus.

Betrachtet man die Rehabilitationsziele in Abhängigkeit vom **Indikationsbereich**, finden sich große Übereinstimmungen zwischen den Diagnosegruppen, jedoch auch krankheitsbezogene Besonderheiten (z. B. Stressbewältigungstraining als wichtiges Element in der kardiologischen Rehabilitation), denen im Rahmen der Rehabilitation Rechnung getragen werden sollte [27; 116].

Im Konsens mit der internationalen Recherche wird auch in der auf das deutsche Reha-System bezogenen Literatur von vielen Seiten auf die Wichtigkeit der an individuellen Bedürfnissen ausgerichteten Zielorientierung als zentralem Steuerelement des Rehabilitationsprozesses hingewiesen [38, 43; 50]. Ihr Kernelement ist die aktive und partnerschaftliche Einbeziehung des Patienten in die Therapiezieldefinition [43].

In der Praxis zeigen sich deutliche Entwicklungspotentiale in der Umsetzung der genannten Erkenntnisse [38; 47; 50; 57].

1.5 Leitfadenerstellung

Anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche und der vom Auftraggeber in der Ausschreibung genannten Fragestellungen wurde ein Leitfaden für die Fokusgruppenarbeit mit Rehabilitanden entwickelt. Neben der globalen Erwartungshaltung wird auf die Erfahrungen und Vorstellungen zu Rehabilitationsinhalten und Nachsorgeprogrammen eingegangen sowie auf spezifischen Informations- und Änderungsbedarf.

Das Ziel der Expertendiskussionen ist, die patientenseitig geäußerten Ziele und Präferenzen sowie den bestehenden Veränderungsbedarf auf die Umsetzbarkeit im Klinikalltag zu prüfen, konkrete Planungs- und Handlungsstrategien zu entwickeln sowie potenzielle Barrieren zu identifizieren. Ein Leitfaden für die Expertengruppen wird daher erst nach Abschluss und in engem Bezug zu der Fokusgruppenarbeit mit den Rehabilitanden entwickelt.

1.6 Pilotgruppen (Rehabilitanden)

Zur Erprobung des Leitfadens wurden am 16.04.2009 außerhalb der Projektplanung zwei Pilotfokusgruppen mit orthopädischen Patienten der Mühlenbergklinik Bad Malente durchgeführt. Es fanden eine Männergruppe (n=3) und eine Frauengruppe (n=6) statt. Jede Gruppe dauerte ca. zwei Stunden. Die TeilnehmerInnen wurden vom betreuenden Klinikarzt zum Gespräch rekrutiert und eingeladen. Vor Gesprächsbeginn erhielten sie ausführliche schriftliche Studieninformationen und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme. Am Ende des Gesprächs erhielten die TeilnehmerInnen eine Aufwandsentschädigung von 25 Euro. Die Diskussionen wurden von zwei ModeratorInnen moderiert, auf Tonband aufgezeichnet, anschließend vollständig transkribiert und mittels des PC-Programms MaxQDA2007 inhaltsanalytisch nach dem Ansatz des thematischen Codierens ausgewertet.

Das Ziel der Pilotgruppen war die Testung des Leitfadens. Er hat sich bewährt und könnte unseres Erachtens in die Hauptstudie übernommen werden. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl lassen sich noch keine stichhaltigen inhaltlichen Ergebnisse ableiten, tendenziell zeigen sich für den Indikationsbereich Orthopädie folgende erste Eindrücke:

Bedürfnisse:

- inhaltlich: Erholung, körperliche Gesundheit, Krankheitsbewältigung, berufsbezogene Beratung

- strukturell: Flexibilität in Hinsicht auf Ablauf und Inhalt, individualisierte Behandlung, längere Aufenthaltsdauer, Nachsorge

Verbesserungsbedarf:

- Individualisierung / Flexibilität der Rehabilitationsmaßnahme
- verlängerte Aufenthaltsdauer
- Arbeit an der Therapiemotivation (Resignation)

In den Pilotgruppen waren nur geringe Unterschiede in der Erwartungshaltung zwischen Männern und Frauen feststellbar.

1.7 Planung der Fokusgruppen

Für die Hauptstudienphase sollten ursprünglich Reha-Antragsteller über die DRV-Nord rekrutiert und postalisch zur Gruppendiskussion eingeladen werden. Nach Rücksprache mit den beteiligten Kliniken und der DRV-Nord sind hierbei Rekrutierungs- und erhebliche Organisationsschwierigkeiten bei der Gruppenplanung zu erwarten, da die Teilnehmer der Gruppe Antragsteller in der gleichen Zusammensetzung zeitgleich in der Reha-Klinik aufgenommen werden müssten. Ferner müssten die Teilnehmer vor der Rehabilitation für eine Gruppendiskussion nach Lübeck anreisen. Da es sich um Erwerbstätige handelt, müssten die Gruppen relativ spät in die Abendstunden oder auf ein Wochenende gelegt werden. Hier ist mit einer ausgesprochen geringen Teilnahmebereitschaft zu rechnen.

Daher wurde mit der DRV-Nord und den beteiligten Kliniken vereinbart, von den angedachten Reha-Antragstellern auf Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme auszuweichen. Wir werden die Fokusgruppen am zweiten Tag der Rehabilitationsmaßnahme durchführen. Inhaltlich sind keine unterschiedlichen Ergebnisse zwischen Reha-Antragstellern und Rehabilitanden im Frühstadium der Maßnahme zu erwarten. Die Expertengruppen (eine pro Indikation) werden im Nachgang der Rehabilitandengruppen in den kooperierenden Kliniken durchgeführt. Sowohl die Experten als auch die Rehabilitanden werden über die beteiligten Kliniken rekrutiert (Orthopädie: Bad Malente, Kardiologie und Psychosomatik: Bad Segeberg).

Die schriftlichen Kooperationszusagen der beteiligten Kliniken fügen wir bei. Entgegen der wenige Tage vor der oben angeführten Neuabsprache geschlossenen schriftlichen Kooperationsvereinbarungen werden pro Klinik werden nun insgesamt sechs (statt vier) Gruppen durchgeführt. Die beteiligten Kliniken haben telefonisch zugesagt, die Durchführung dieser zusätzlichen Fokusgruppen in ihrem Haus zu unterstützen.

Nach der Genehmigung des Zwischenberichtes und des Leitfadens durch den Auftraggeber werden die Fokusgruppentermine in den kooperierenden Kliniken festgelegt.

Vergleich des Stands des Vorhabens mit der ursprünglichen Zeit- und Ausgabenplanung

Die Zeit- und Ausgabenplanung der Konzeptionsphase wurde eingehalten und bleibt für den weiteren Projektablauf unverändert. Die nächste Studienphase beinhaltet die Durchführung und Auswertung der leitfadengestützten Fokusgruppen.

Haben sich die Aussichten für die Erreichung der Ziele des Vorhabens innerhalb des angegebenen Ausgabenzeitraums gegenüber dem ursprünglichen Antrag geändert (Begründung)? Sind inzwischen Ergebnisse von dritter Seite Ergebnisse bekannt geworden, die für die Durchführung des Vorhabens relevant sind? Sind oder werden Änderungen in der Zielsetzung notwendig?

Die Zielsetzung bleibt unverändert. Uns sind keine Forschungsergebnisse bekannt, die sich explizit auf Rehabilitationsbedürfnisse älterer Versicherter beziehen. Anhand der Daten der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein haben wir für die Subgruppe der Rehabilitanden im Alter 55+ im Mai 2009 ein Manuskript in der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ eingereicht: *Deck R, Richter S, Hüppe A. Der ältere Patient in der Rehabilitation - Probleme und Bedürfnisse. Rehabilitation (eingereicht)*

Selbstaussagen zu Krankheiten und Beschwerden nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben in Prozent; Daten des Alterssurveys 2002 [89]; S. 337)

		40-54 Jahre		55-69 Jahre		70-85 Jahre		40-85 Jahre
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	gesamt
Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben oder Rückenleiden	Kr	49.1	48.6	61.9	64.3	60.7	75.0	58.5
	Be	38.8	43.7	53.7	51.4	52.1	69.7	51.5
Herz-Kreislauf-Erkrankung	Kr	16.2	17.0	38.7	33.9	52.5	50.5	31.2
	Be	23.1	25.5	26.3	27.2	39.9	37.2	30.3
Durchblutungsstörung	Kr	10.4	9.9	26.8	27.3	45.8	44.7	23.8
	Be	20.5	32.9	33.0	26.4	36.5	39.3	32.7
Augenleiden, Sehstörungen	Kr	28.6	26.5	31.4	34.0	44.7	47.3	33.5
	Be	24.5	29.8	25.1	27.2	37.8	43.9	31.2
Ohrenleiden, Schwerhörigkeit	Kr	9.1	6.8	22.3	10.3	33.7	24.2	15.2
	Be	21.2	(16.4)	32.0	36.0	41.3	47.2	34.6
Zucker/Diabetes	Kr	4.5	2.2	11.8	9.1	18.1	17.3	9.0
	Be	(35.2)	(27.8)	38.9	36.8	50.7	44.5	41.1
Blasenleiden	Kr	3.3	6.5	9.8	12.4	16.6	17.4	9.8
	Be	(28.0)	(22.2)	28.0	16.3	46.8	32.8	28.4
Atemwegserkrankung, Asthma, Atemnot	Kr	7.9	11.6	11.7	14.6	19.6	11.6	12.1
	Be	(23.7)	31.3	41.1	37.6	44.2	39.0	36.0
Magen-/Darmerkrankung	Kr	10.3	10.1	11.6	12.1	12.3	13.9	11.4
	Be	(16.0)	36.1	41.5	35.5	34.4	37.5	33.2
Gallen-/Leber-/Nierenleiden	Kr	4.3	5.1	6.9	10.6	8.0	12.5	7.5
	Be	(21.9)	(14.3)	(30.7)	24.0	25.9	25.3	23.9
Krebserkrankung	Kr	2.3	1.8	3.8	5.2	8.3	4.9	3.8
	Be	o.A.	o.A.	(32.1)	(28.2)	(45.1)	(37.5)	(32.4)
Legende: o.A.=ohne Angaben Kr=Krank, Anteil der Personen (%), die angeben, die entsprechende Erkrankung zu haben Be=Beschwerden, Anteil der Personen (%) mit mittleren/hohen Beschwerden Replikationsstichprobe des Alterssurvey 2002; n=2706 bis n=2754, gewichtet								

Diskussionsleitfaden der Rehabilitandengruppen

Formulierungen	Thema
<p>→ Informationsschreiben lesen, ggf. Fragen stellen</p> <p>→ Einwilligungserklärung unterzeichnen</p>	Begrüßung
<p>Mein Name ist Susanne Richter, ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin in Lübeck. Mein Kollege, der mich heute bei dieser Diskussion unterstützt, ist Herr Krüger-Wauschkuhn. Er schreibt am Institut für Sozialmedizin in Lübeck seine Doktorarbeit.</p> <p>Wir möchten uns erst einmal ganz herzlich bedanken für Ihr Kommen und Ihre Bereitschaft, an diesem Gespräch teilzunehmen. Wir werden die Gruppe moderieren, also selbst nicht an der Diskussion teilnehmen, da für uns Ihre Diskussion untereinander entscheidend ist. Allenfalls werden wir Nachfragen stellen, falls wir etwas nicht richtig verstanden haben. Dieses Vorgehen finden viele Teilnehmer erstmal gewöhnungsbedürftig, Sie werden aber im Verlauf ganz schnell merken, dass es funktioniert, es hat bisher bei allen anderen Gruppen auch geklappt.</p>	Gesprächseinstieg
<p>Sie fragen sich sicher, warum wir Sie in diese Gruppen eingeladen haben, warum wir heute hier zusammensitzen. Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Arbeitnehmer bleiben länger im Berufsleben, auch solche mit chronischen Erkrankungen. Für sie wird die medizinische Rehabilitation immer wichtiger. Daher möchten wir Sie, als Betroffene, als Rehabilitandinnen/Rehabilitanden im mittleren Lebensalter fragen, was Sie von einer Rehabilitationsmaßnahme erwarten. Unser Ziel ist es, Empfehlungen aus Sicht der Betroffenen zu erarbeiten, wie eine Rehabilitation besser auf Versicherte im mittleren Alter abgestimmt werden kann. Was ist schon gut, was fehlt, was muss sich ändern. Deshalb haben wir Sie heute zu dieser Gruppendiskussion eingeladen.</p>	Ziel der Gruppe
<p>Kurz etwas zum Ablauf der Gruppendiskussion:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Diskussion dauert etwa anderthalb Stunden. 2. Alles, was wir hier besprechen, wird selbstverständlich vertraulich behandelt. Uns geht es nur um die Inhalte dieser Gesprächsrunde, nicht darum, wer was geäußert hat. Bei solchen Gruppendiskussionen ist es üblich, das Gespräch auf Tonband aufzeichnen. Die Daten werden natürlich anonym behandelt. Das Tonband erleichtert uns zum einen heute das Zuhören in Ihrer Diskussion und zum anderen im späteren Verlauf das Auswerten dieser Diskussion. Sind damit alle einverstanden? 3. Bitte seien sie nicht verunsichert, wenn wir uns zudem während des Gesprächs Notizen machen. Wir wollen Sie keines falls bewerten, wir machen uns lediglich Notizen zu der Gesprächssituation. 4. Während der Diskussion bitten wir Sie, laut und deutlich zu sprechen. Wichtig ist auch, dass zu einem Zeitpunkt nur ein Teilnehmer der Gruppe 	<p>Gruppenregeln; Vertraulichkeit der Daten; Tonband</p> <p>(hier Tonband anschalten)</p>

<p>spricht. Sonst kann Sie auf dem Tonband später schlecht verstehen.</p> <p>5. Bitte schalten Sie Ihre Mobiltelefone für die Zeit der Diskussion auf Stumm. Danke!</p> <p>6. Außerdem sollten wir uns darauf einigen, dass alles, was die Teilnehmer der Gruppe erzählen von den Beteiligten nicht nach außen getragen wird.</p> <p>7. Sehr wichtig ist uns, dass das Gespräch in einem Rahmen statt findet, in dem der Einzelne die Meinung des Anderen respektiert.</p> <p>8. Und noch etwas Wichtiges zum Schluss, bevor wir mit der Diskussion beginnen: Es gibt keine richtigen und falschen Antworten oder Meinungen. Das Ziel ist, Ihre persönliche Sicht auf die Dinge zu erfahren.</p> <p>9. Nach Abschluss der Diskussion bitte nicht gleich „weglaufen“, denn dann erhalten Sie noch Ihre Aufwandsentschädigung.</p>	
<p>Zunächst sollten wir uns miteinander bekannt machen. Dazu bitte ich Sie, sich kurz vorzustellen: wie alt Sie sind, was Sie beruflich machen/gemacht haben und wie oft Sie schon an einer Reha-Maßnahme teilgenommen haben. Ich werde einfach mal beginnen... Vielen Dank!</p>	Vorstellungsrunde

Phase 1: Selbstläufigkeit herstellen; ggf. immanente Fragen

<p>Wie ich schon kurz erwähnte, haben Sie alle als Teilnehmer dieser Gruppe etwas gemeinsam: Sie haben eine Erkrankung des Muskel-/Skelett-/Bewegungsapparats. Sie stehen im Berufsleben. Sie sind in dieser Klinik, weil sich etwas bessern oder ändern soll.</p>	Einleitung /Indikation
--	------------------------

<p>Nun würde ich von Ihnen gern erstmal wissen, was genau Sie sich von dieser Rehabilitationsmaßnahme erhoffen, was Sie erwarten, was Sie sich wünschen, d.h. warum Sie in diese Klinik gekommen sind.</p> <p>ggf. immanentes Nachfragen: Was sind Ihre Hoffnungen an die Reha? Was an der Reha ist für Sie besonders wichtig? Was bereitet Ihnen im Alltag zu Hause/im Beruf die meisten Probleme, was muss sich während Ihrer Reha unbedingt ändern? (Was soll anders sein, wenn Sie wieder nach Hause fahren? Warum? Was genau wollen Sie hinter sich, also „hier in der Klinik“ lassen, wenn Sie wieder nach Hause gehen?)</p>	<p>Eröffnungsfrage: Schilderung Erkrankung („Ventil“); globale Erwartungshaltung/Ziele --> Flipchart: Erwartungen sammeln</p>
---	---

Phase 2: exmanente Fragen -- nicht Thematisiertes ansprechen:

<p>Wir haben ja nun eine Reihe verschiedener Wünsche und Vorstellungen gehört und aufgeschrieben.</p> <p>Welche der genannten Punkte sind denn für Sie die wichtigsten? Was ist eher weniger wichtig?</p>	Ranking Erwartungen/Ziele
<p>Haben Sie Ihre Erwartungen, Vorstellungen, Wünsche erfüllt?</p> <p>Warum (nicht), aus welchen Gründen? Können Sie mir darüber mehr erzählen?</p>	Erwartungen (nicht) erfüllt
<p>Welche Maßnahmen würden/könnten Ihnen dabei helfen, Ihre Reha-Erwartungen/Hoffnungen zu erfüllen?</p>	Erwartungen Reha-Inhalte und Nach-

<ul style="list-style-type: none"> - Was genau brauchen Sie <u>in</u> dieser Reha, damit Sie „fit für den Alltag“ nach Hause fahren können? - Welche Betreuung wünschen Sie sich <u>nach</u> der Reha, also wenn Sie wieder zu Hause sind? Wissen Sie schon, wie die Behandlung bei Ihnen weitergeht, wenn Sie wieder nach Hause kommen? <p>ggf. Nachfragen/Nachhaken, Anknüpfen an bereits Gesagtes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie haben ja vorhin gesagt... / - Es wurde ja schon kurz angesprochen, dass... / - Wir haben schon darüber gesprochen, dass... - Glauben Sie, dass auch...? / - Einige von Ihnen haben gesagt, dass... - Was meinen denn die anderen dazu? 	<p>sorge</p> <p>Flipchart: Inhalte in/nach Reha sammeln</p>
<p>Wenn Sie an den jetzigen Aufenthalt in dieser Klinik denken: Haben Sie diese „Wunscherfüller“-Maßnahmen denn erhalten? Haben Sie explizit darum gebeten / sie „automatisch“ bekommen / auf Empfehlung hin ausprobiert? Wann und von wem?</p> <p>War davon etwas besonders häufig, oder hat etwas gefehlt, was Sie sich gewünscht haben/hätten? Gibt es etwas, dass Sie gern häufiger gehabt hätten / was „zu kurz“ kam? War etwas unerwartet gut/schlecht? Gibt es etwas, dass Sie gar nicht akzeptieren/noch einmal nutzen würden? Warum?</p>	<p>Erfahrungen Reha-Inhalte</p>
<p>Was kann die Rehabilitationsmaßnahme beitragen / wie kann die Reha Sie unterstützen, damit Sie im Berufsleben bleiben können?</p>	<p>Berufsorientierung Reha</p>
<p>Wussten Sie denn schon vor der Reha, was auf Sie zukommt? Haben Sie sich informiert, was genau in der Reha passiert, wie sie abläuft? Wann, von wem, in welcher Form?</p>	<p>Informationssuche <u>vor</u> der Reha</p>
<p>Waren diese Infos ausreichend? Hätten Sie sich mehr Infos gewünscht, wozu, wann, von wem, in welcher Form? Worüber hätten Sie gern mehr gewusst?</p>	<p>Infobedarf <u>vor</u> der Reha</p>
<p>Möchte noch jemand etwas ergänzen/sagen, wozu er bisher nicht gekommen ist? Haben wir etwas vergessen/etwas nicht gefragt, was Sie Ihnen zu Wünschen und Vorstellungen über die Reha wichtig erscheint?</p>	<p>offene Themen</p>

Phase 3: direkte Phase – Widersprüche, Inkonsistenzen, offene Fragen, die auffielen
→ Co-Moderator/Moderator gemeinsam

Phase 4: Abschluss

<p>Wir sind am Ende unserer Diskussionsrunde angekommen. Ich möchte mich bei Ihnen ganz herzlich für Ihre rege Beteiligung an der Diskussion bedanken! Ich denke, wir alle haben viel gehört, voneinander gelernt, konnten einiges aus einem anderen Blickwinkel betrachten und neu verstehen... Bevor Sie gehen, möchte ich Sie noch an die Aufwandsentschädigung erinnern, ... Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag, einen guten Aufenthalt in der Klinik und alles Gute für Ihre Genesung!</p>	<p>Abschluss, Verabschiedung</p>
---	--------------------------------------

Kooperationsvereinbarungen

Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten – Reha 55plus

Untersuchung der spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse chronisch kranker älterer Menschen (über 55 Jahre) in der medizinischen Rehabilitation.

Einjähriges Forschungsvorhaben gefördert durch die DRV Bund

Kooperationsvereinbarung

zwischen

Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H), Campus Lübeck

Dr. Ruth Deck (Projektleiterin), Dr. Susanne Richter (wissenschaftliche Mitarbeiterin), Tobias Krüger-Wauschkuhn (Promovend im Rahmen des Forschungsvorhabens)

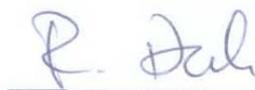
und

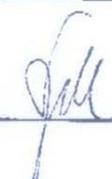
Segeberger Kliniken GmbH, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. Dr. V. E. Kollenbaum (Chefarzt), Dr. Timo Specht (Ltd. Oberarzt), Dr. Ursula Schuster (Oberärztin Rehabilitation), Oliver Bohlen (Ltd. Psychologe Rehabilitation)

Im Rahmen des o.g. Projektes

- werden Gruppengespräche (Fokusgruppen) mit älteren Rehabilitanden zu spezifischen Zielen, Bedürfnissen und Präferenzen mit Blick auf die Rehabilitation durchgeführt. Die Anzahl der durchzuführenden Gruppen beträgt N= 4 Gruppen (jeweils eine geschlechtsgetrennte Gruppe vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme).
- wird ein Expertengespräch in interdisziplinärer Zusammensetzung geführt. Es sollen Übereinstimmungen und Differenzen der Patientenäußerungen und Ist-Zustand im Klinikalltag festgestellt werden und mögliche Strategien der Überwindung möglicher Differenzen diskutiert werden.

Lübeck  (Dr. R. Deck für die Projektgruppe)

Bad Segeberg  (Dr. T. Specht, Segeberger Kliniken, Psychosomatik)

Lübeck, Bad Segeberg, 27. Mai 2009

Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten – Reha 55plus

Untersuchung der spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse chronisch kranker älterer Menschen (über 55 Jahre) in der medizinischen Rehabilitation.

Einjähriges Forschungsvorhaben gefördert durch die DRV Bund

Kooperationsvereinbarung

zwischen

**Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H),
Campus Lübeck**

Dr. Ruth Deck (Projektleiterin), Dr. Susanne Richter (wissenschaftliche Mitarbeiterin),
Tobias Krüger-Wauschkuhn (Promovend im Rahmen des Forschungsvorhabens)

und

Mühlenberg-Klinik Bad Malente

Dr. Martin Vogel (Ltd. Arzt Verhaltensmedizinische Orthopädie)

Im Rahmen des o.g. Projektes

- werden Gruppengespräche (Fokusgruppen) mit älteren Rehabilitanden zu spezifischen Zielen, Bedürfnissen und Präferenzen mit Blick auf die Rehabilitation durchgeführt. Die Anzahl der durchzuführenden Gruppen beträgt N= 4 Gruppen (jeweils eine geschlechtsgetrennte Gruppe vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme).
- wird ein Expertengespräch in interdisziplinärer Zusammensetzung geführt. Es sollen Übereinstimmungen und Differenzen der Patientenäußerungen und Ist-Zustand im Klinikalltag festgestellt werden und mögliche Strategien der Überwindung möglicher Differenzen diskutiert werden.

Lübeck



(Dr. R. Deck für die Projektgruppe)

Bad Malente

27.5.09 

(Dr. M. Vogel, Mühlenbergklinik)

Lübeck, Bad Malente, 25. Mai 2009

Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten – Reha 55plus

Untersuchung der spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse chronisch kranker älterer Menschen (über 55 Jahre) in der medizinischen Rehabilitation.

Einjähriges Forschungsvorhaben gefördert durch die DRV Bund

Kooperationsvereinbarung

zwischen

Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H), Campus Lübeck

Dr. Ruth Deck (Projektleiterin), Dr. Susanne Richter (wissenschaftliche Mitarbeiterin), Tobias Krüger-Wauschkuhn (Promovend im Rahmen des Forschungsvorhabens)

und

Segeberger Kliniken

Dr. Ronja Westphal (Fachärztin Kardiologie)

Im Rahmen des o.g. Projektes

- werden Gruppengespräche (Fokusgruppen) mit älteren Rehabilitanden zu spezifischen Zielen, Bedürfnissen und Präferenzen mit Blick auf die Rehabilitation durchgeführt. Die Anzahl der durchzuführenden Gruppen beträgt N= 4 Gruppen (jeweils eine geschlechtsgetrennte Gruppe vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme).
- wird ein Expertengespräch in interdisziplinärer Zusammensetzung geführt. Es sollen Übereinstimmungen und Differenzen der Patientenäußerungen und Ist-Zustand im Klinikalltag festgestellt werden und mögliche Strategien der Überwindung möglicher Differenzen diskutiert werden.

Lübeck



(Dr. R. Deck für die Projektgruppe)

Bad Segeberg



(Dr. R. Westphal, Segeberger Kliniken, Kardiologie)

Lübeck, Bad Segeberg, 25. Mai 2009

Anhang 3: Studieninformationen



UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin

Patienteninformation zur Studie „Reha 55+“

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,
mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Studie „Medizinische Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter (Reha55+)“ informieren. Nachdem Sie dieses Infoblatt gelesen haben, können Sie entscheiden, ob Sie gern an dieser Studie teilnehmen möchten. Falls Ihnen etwas unklar ist oder Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 799 25 13 und Frau Dr. Richter, Tel. 0451 / 799 25 19).

Warum sprechen wir Sie an?

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Arbeitnehmer bleiben länger im Berufsleben, auch solche mit chronischen Erkrankungen. Für sie wird die medizinische Rehabilitation immer wichtiger. Daher möchten wir Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mittleren Lebensalters fragen, welche besonderen Bedürfnisse und Wünsche sie mit der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme verbinden. Unser Ziel ist es, Empfehlungen aus Sicht der Betroffenen zu erarbeiten, wie eine Rehabilitation für Versicherte im mittleren Alter aussehen sollte.

Wie genau läuft die Studie ab?

Um die Vorstellungen Versicherter aus erster Hand zu erfahren, möchten wir einmalige Gruppengespräche durchführen. Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck geleitet, an diesem Projekt beteiligen sich drei Rehabilitationskliniken. Die Kliniken laden Rehabilitanden zur Studienteilnahme ein und stellen die Räumlichkeiten für die Gespräche zur Verfügung. Alle Gesprächsrunden werden für Frauen und Männer getrennt durchgeführt. In einer Gruppe sind fünf bis acht Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer. Die Gruppen werden von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin geleitet.

Durch das Personal Ihrer Rehabilitationseinrichtung wurde bereits festgestellt, dass Sie für die Studienteilnahme in Frage kämen. Wir laden Sie hiermit herzlich ein, sich an dem Projekt zu beteiligen. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, wird mit Ihnen einen Termin für das **einmalige Gruppengespräch** abgesprochen. Es findet **in Ihrer**

Rehabilitationsklinik statt und **dauert etwa zwei Stunden**. In einem offenen Gespräch möchten wir etwas über Ihre Erwartungen, Bedürfnisse und Meinungen erfahren, wie Rehabilitationsmaßnahmen für Arbeitnehmer im mittleren Alter aussehen sollten. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, werden wir ein Tonband mitlaufen lassen und uns erst nach unserem Gespräch mit Ihnen mit der schriftlichen Ausarbeitung befassen. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer **Aufwandsentschädigung in Höhe von 25,- Euro** bedanken. Das Geld würden wir Ihnen nach Abschluss des Gesprächs überweisen. Dafür würden wir am Tag des Gruppengesprächs Ihre Kontoverbindung erfragen. Selbstverständlich werden auch diese Daten vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck dieser einmaligen Überweisung verwendet.

Ist die Teilnahme freiwillig?

Natürlich ist die Teilnahme an der Studie freiwillig. Die Tonbänder werden nur verwendet, wenn Sie die beiliegende Einwilligungserklärung unterschrieben haben. Durch eine kurze schriftliche Mitteilung an ihre Rehabilitationsklinik können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. In diesem Fall werden keine weiteren Daten von Ihnen erhoben. Auf Wunsch werden auch Ihre bisherigen Aufzeichnungen vollständig gelöscht.

Wird der Datenschutz beachtet?

Selbstverständlich werden alle Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten. Für die Datenverarbeitung ist Prof. Raspe, Direktor des Institutes für Sozialmedizin, verantwortlich. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich für dieses Forschungsprojekt. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt, Ansprechpartner der Klinik und Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin unterliegen der Schweigepflicht. Nur die Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin haben Zugang zu den Tonbändern, sie sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Auswertung der Gruppengespräche erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrem Namen oder Ihrer Anschrift. Die Tonbandaufzeichnungen und alle Unterlagen, die eine Zuordnung zu Ihrer Person erlauben könnten, werden unmittelbar nach der Verschriftlichung gelöscht.

Wer finanziert die Studie?

Finanziert wird diese Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Welchen Nutzen haben Sie persönlich von der Studie?

Sie selbst werden wahrscheinlich durch die Teilnahme an dieser Studie keinen unmittelbaren persönlichen Nutzen haben. Sie helfen jedoch mit, die Rehabilitationsbehandlung von Versicherten im mittleren Lebensalter in Zukunft zu verbessern!

Patienteninformation zur Studie „Reha 55+“

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,
mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Studie „Medizinische Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter (Reha55+)“ informieren. Nachdem Sie dieses Infoblatt gelesen haben, können Sie entscheiden, ob Sie gern an dieser Studie teilnehmen möchten. Falls Ihnen etwas unklar ist oder Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 5847 und Frau Dr. Richter, Tel. 0451 / 500 5853).

Warum sprechen wir Sie an?

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Arbeitnehmer bleiben länger im Berufsleben, auch solche mit chronischen Erkrankungen. Für sie wird die medizinische Rehabilitation immer wichtiger. Daher möchten wir Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mittleren Lebensalters fragen, welche besonderen Bedürfnisse und Wünsche sie mit der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme verbinden. Unser Ziel ist es, Empfehlungen aus Sicht der Betroffenen zu erarbeiten, wie eine Rehabilitation für Versicherte im mittleren Alter aussehen sollte.

Wie genau läuft die Studie ab?

Um die Vorstellungen Versicherter aus erster Hand zu erfahren, möchten wir Gruppengespräche durchführen. Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck geleitet, an diesem Projekt beteiligen sich drei Rehabilitationskliniken. Alle Gesprächsrunden sollten für Frauen und Männer getrennt durchgeführt werden. In einer Gruppe sind fünf bis acht Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer. Die Gruppen werden von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin geleitet.

Durch Ihre Rentenversicherung wurde bereits festgestellt, dass Sie für die Studienteilnahme in Frage kämen. Wir laden Sie hiermit herzlich ein, sich an dem Projekt zu beteiligen. Wir würden Sie gern zweimal befragen: einmal zu Beginn der Rehabilitation und einmal am Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, werden mit Ihnen die beiden Termine für die Gruppengespräche abgesprochen. Beide Gespräche finden im Rahmen Ihres Aufenthaltes in Ihrer Reha-Klinik statt. Die Gespräche dauern jeweils etwa zwei Stunden. In einem offenen Gespräch möchten wir etwas über Ihre Erwartungen, Bedürfnisse und Meinungen erfahren, wie Rehabilitationsmaßnahmen für Arbeitnehmer

mittleren Alters aussehen sollten. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, werden wir ein Tonband mitlaufen lassen und uns erst nach unserem Gespräch mit Ihnen mit der schriftlichen Ausarbeitung befassen. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 25,- Euro je Gruppengespräch bedanken. Das Geld würden wir Ihnen nach Abschluss des jeweiligen Gesprächs überweisen. Dafür würden wir am Tag des Gruppengesprächs Ihre Kontoverbindung erfragen. Selbstverständlich werden auch diese Daten vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck dieser Überweisung verwendet.

Ist die Teilnahme freiwillig?

Natürlich ist die Teilnahme an der Studie freiwillig. Die Tonbänder werden nur verwendet, wenn Sie die beiliegende Einwilligungserklärung unterschrieben haben. Durch eine kurze schriftliche Mitteilung an ihre Rehabilitationsklinik können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es werden keine weiteren Daten von Ihnen erhoben. Auf Wunsch werden auch Ihre bisherigen Aufzeichnungen vollständig gelöscht.

Wird der Datenschutz beachtet?

Selbstverständlich werden alle Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten. Für die Datenverarbeitung ist Prof. Raspe, Direktor des Institutes für Sozialmedizin, verantwortlich. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich für dieses Forschungsprojekt. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt, Ansprechpartner der Klinik und Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin unterliegen der Schweigepflicht. Nur die Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin haben Zugang zu den Tonbändern, sie sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Auswertung der Gruppengespräche erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrem Namen oder Ihrer Anschrift. Die Tonbandaufzeichnungen und alle Unterlagen, die eine Zuordnung zu Ihrer Person erlauben könnten, werden unmittelbar nach Abschluss des Projektes gelöscht.

Wer finanziert die Studie?

Finanziert wird diese Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Welchen Nutzen haben Sie persönlich von der Studie?

Sie selbst werden wahrscheinlich durch die Teilnahme an dieser Studie keinen unmittelbaren persönlichen Nutzen haben. Sie helfen jedoch mit, in Zukunft die Rehabilitationsbehandlung von Versicherten im mittleren Lebensalter zu verbessern!



Anhang 4: Einverständniserklärung

UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin

Einwilligung zu einem Gruppengespräch

„Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter (Reha55+)“

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Ich bin über Inhalt und Zweck des Forschungsprojektes „Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter (Reha55+)“, welches von meiner Rentenversicherung und meiner Rehabilitationsklinik in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck durchgeführt wird, informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Ich erlaube hiermit, dass am Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck (Beckergrube 43-47, 23552 Lübeck, Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe) die pseudonymisierten Daten zur Auswertung verwendet werden. Personenbezogene Angaben (Name und Anschrift) werden nicht verwendet, so dass Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind. Mit einer Veröffentlichung der in dieser Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form und mit der Tonbandaufzeichnung der Gespräche erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass alle Anforderungen des Datenschutzes eingehalten werden. Unter den im Informationsblatt geschilderten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Befragung.

Dieses Einverständnis erkläre ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich es jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen, zurückziehen kann. Der Widerruf ist an die Rehabilitationsklinik zu richten.

.....

Ort und Datum

Unterschrift der/des Patienten

Ich habe die schriftlichen Erläuterungen gelesen.

.....

Ort und Datum

Unterschrift der/des Patienten

Anhang 5: Präsentationsfolien der Expertengruppen



„Reha 55+“

Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter

- Erwartungen und Bedürfnisse aus Rehabilitandensicht / Ergebnisse der Fokusgruppen -

Nadine Pohontsch, Susanne Richter,
Tobias Krüger-Wauschkuhn & Ruth Deck

Kardiologie Bad Segeberg, 22.01.2010

→ Institut für Sozialmedizin

→ Hintergrund und Fragestellungen

2008: Ausschreibung der DRV Bund (Auftragsforschung)

- „Ermittlung des Anpassungsbedarfs der medizinischen Reha /
Nachsorge bei älteren Versicherten (55+)“

Teil 1: Rehabilitanden 55+ → Bestandsaufnahme

- globale Reha-Erwartungen ?
- Erfahrungen / Vorstellungen zu Reha-Inhalten und Nachsorge ?
- Informations- und Anpassungsbedarf ?

Teil 2: Experten → sind die Rehabilitanden-Erwartungen realistisch?

- Umsetzbarkeit rehabilitandenseitig geäußerten Veränderungsbedarfs
im Klinikalltag ? (inkl. potentieller Barrieren)

→ Institut für Sozialmedizin

→ Design

- 6 Fokusgruppen (leitfadengestützt, 3-8 TeilnehmerInnen, ca. 1,5 – 2h)
- 2x nur Nach-Befragung
- 2x zu Beginn- / Nach-Befragung

- Fallzahlproblem (Frauen)
- geschlechtsheterogene und Männergruppen



Insgesamt N= 9 RehabilitandInnen einmal befragt (nur nach der Reha)
Insgesamt N= 13 RehabilitandInnen zweimal befragt (zu Beginn und nach der Reha)

- ähnliches Design in je einer psychosomatischen und orthopädischen Klinik

→ Institut für Sozialmedizin

→ Themen des Rehabilitanden-Leitfadens

- besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen?
(Erfahrungen, Erwartungen, Verbesserungsvorschläge)
- besondere Anforderungen an Therapiedichte und –inhalte?
- spezielle Therapieangebote (u. a. alters- / berufsbezogen)?
- spezieller Bedarf Reha-Nachsorge?

→ Institut für Sozialmedizin

→ Ergebnisse und Diskussionspunkte I:

- es zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede
- die Altersgrenze 55+ ist nicht im Bewusstsein der Rehabilitanden verankert, es zeigen sich aber altersspezifische Bedürfnisse
- selbst auf Nachfragen wenig Bezugnahme auf berufsbezogene Problematiken
- **generell hohe Zufriedenheit**

→ Institut für Sozialmedizin

**→ Ergebnisse und Diskussionspunkte II:
besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen**

- Mitspracherecht bzw. Einbeziehen in Therapieentscheidungen
- widersprüchliche Verhaltens- / Therapieanweisungen
- Terminplanung, Terminvergabe und Termineinhaltung
- zu wenig Personal / zu wenig Zeit des Personals
- große Gruppen / Zusammensetzung zu heterogen
- Therapieangebote nicht ausreichend verfügbar

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

**→ Ergebnisse und Diskussionspunkte II:
besondere organisatorische und strukturelle Anforderungen**

Verbesserungsvorschläge:

- größere Kontinuität bei ärztlichen / therapeutischen Kontakten (fester Ansprechpartner)
- Auswertung des Patientenfragebogens im Vorlauf
- (individuelle) Behandlungsangebote bei Reha-Beginn
- mehr Zeit / mehr Personal

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

**→ Ergebnisse und Diskussionspunkte II:
besondere Anforderungen an Therapiedichte und -inhalte und spezielle Therapieangebote (u. a. alters- / berufsbezogen)**

- Aufnahme- und Einzelgespräche zu kurz / oberflächlich
- krankheits- / therapiebezogene Erklärungen nicht ausreichend
- Leerlauf am Wochenende
- niedrige Intensität der Maßnahme
- Sozialberatung nicht ausreichend

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

- Ergebnisse und Diskussionspunkte II:**
 → **besondere Anforderungen an Therapiedichte und –inhalte und spezielle Therapieangebote (u. a. alters- / berufsbezogen)**

Verbesserungsvorschläge:

- Informationen über Therapieangebote
- individueller Therapieplan
- Klinikeinrichtungen außerhalb der Therapiezeiten nutzbar

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

- Ergebnisse und Diskussionspunkte II:**
 → **besondere Anforderungen an Therapiedichte und –inhalte und spezielle Therapieangebote (u. a. alters- / berufsbezogen)**

Spezielle Therapieangebote - berufsbezogen:

- berufsbezogene Beratung sinnvoll
- stufenweise Wiedereingliederung wichtiges Element

Probleme aus Rehabilitandensicht:

- Umsetzbarkeit der stufenweisen Wiedereingliederung wird bezweifelt (Informationen nicht ausreichend?)
- viele Vorschläge schwer umsetzbar (z.B. „Nein sagen“)
- Arbeitsplatzumgestaltung scheint nicht möglich

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

- Ergebnisse und Diskussionspunkte II:**
 → **besondere Anforderungen an Therapiedichte und –inhalte und spezielle Therapieangebote (u. a. alters- / berufsbezogen)**

Spezielle Therapieangebote - altersbezogen:

- scheinbar keine altersbezogene Ausrichtung vorhanden
- Einteilung nach Diagnose / Leistungsfähigkeit aus Rehabilitandensicht sinnvoller

Verbesserungsvorschlag:

- individuelle Behandlung

→ Institut für Sozialmedizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

- Ergebnisse und Diskussionspunkte II:**
 → **Anpassungsbedarf Reha-Nachsorge**

- Nachsorge dringend erforderlich (Umsetzungsschwierigkeiten im Alltag)
- fehlende Informationen über / Hilfe bei der Organisation der Nachsorge

Verbesserungsvorschläge:

- ausgearbeiteter, individueller Nachsorgeplan
- regelmäßige Nachbefragungen zur Umsetzbarkeit im Alltag

→ Institut für Sozialmedizin

8 Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe für die Möglichkeit der Promotion zu diesem Thema und der Mitarbeit in seinem Institut.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Ruth Deck für die vertrauensvolle, konstruktive Betreuung, impulsgebende Diskussionen und die geduldige Unterstützung in schwierigen Studienphasen.

Frau Nadine Pohontsch und Frau Dr. Susanne Richter möchte ich für eine angenehme und lehrreiche Zusammenarbeit danken. Die Motivierung, die vielen fruchtbaren Gespräche und hilfreichen Anregungen bedeuten mir sehr viel.

Mein Dank gilt der DRV Bund für die Vergabe des Projekts an unsere Arbeitsgruppe und den Mitarbeitern der Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz in Bad Malente, den Segeberger Kliniken GmbH in Bad Segeberg und der Schön Klinik in Bad Bramstedt für die kooperative Zusammenarbeit bei der Identifikation und Rekrutierung potenzieller Studienteilnehmer sowie für die Diskussion der Ergebnisse.

Nicht zuletzt geht mein Dank an alle RehabilitandInnen, die im Rahmen unserer Studie an den Fokusgruppen so aktiv und interessiert teilgenommen haben.

Allen Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Sozialmedizin danke ich für ihre freundliche Unterstützung, interessante Diskussionen und das angenehme Arbeitsklima.

Von ganzem Herzen danke ich meiner Lebensgefährtin, meinen Eltern, meinem Bruder und meinen Freunden für die liebevolle Unterstützung.

9 Lebenslauf

Persönliche Angaben

	Tobias Krüger-Wauschkuhn
Geburtsdatum, -Ort	27.03.1979 in Hamburg
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	ledig

Schulausbildung

08/1985 - 06/1989	Grundschule am Reesenbüttel, Ahrensburg
08/1989 - 06/1998	Gymnasium im Schulzentrum Am Heimgarten, Ahrensburg Abschluss: Abitur (06/1998; Note: 1.8)

Hochschulausbildung

10/1999 - 09/2001	Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
10/2001 - 09/2002	Studium der Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
10/2002 - 11/2008	Studium der Medizin an der Universität zu Lübeck Abschluss: Ärztliche Prüfung (11/2008; Note: 2.5)
08/2007 - 07/2008	Praktisches Jahr <ol style="list-style-type: none"> 1. Terial: Allgemeinmedizin, Lübeck 2. Terial: Chirurgie, Hue College of Medicine and Pharmacy, Vietnam 3. Terial: Innere Medizin, Sana Klinikum Lübeck

Wissenschaftliche Arbeit

03/2009 – 03/2010 Promotionsstipendium im Rahmen der Studie
„Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten
(55plus)“ am Institut für Sozialmedizin des Universitäts-
klinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Berufliche Tätigkeit

02/2011 – 05/2011 Assistenzarzt in der Curschmann Klinik, Rehabilitations-
Zentrum für Kardiologie, Angiologie und Diabetologie

06/2011 – heute Projektleiter des Bereichs Rehabilitation der samedi[®]
GmbH

Publikationen

2010 Krüger-Wauschkuhn T, Richter S, Pohontsch N, Deck R, Raspe H.
Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus). DRV-Schriften;
2010; 88: 214-215

2011 Krüger-Wauschkuhn T, Pohontsch N, Deck R. Medizinische Rehabilitation bei
älteren Versicherten (55plus). Rehabilitation (zur Publikation angenommen)