

Aus dem Institut für Sozialmedizin

der Universität zu Lübeck

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

Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen aus Sicht der Rehabilitanden

Kontextualisierung der Selbsteinschätzungen im „Fragebogen
zur Beurteilung der Rehabilitation - somatischer Bereich“ aus der
Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung mithilfe
qualitativer Interviews

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

-Aus der medizinischen Fakultät-

vorgelegt von

Judith Kristin Leonie Wäntig

aus Lübeck

Lübeck 2009

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

2. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Christoph Rehmann-Sutter

Tag der mündlichen Prüfung: 15.12.2009

zum Druck genehmigt.

Lübeck, den 15.12.2009

Gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach
-Dekan der Medizinischen Fakultät -

INHALTSVERZEICHNIS

HINTERGRUND UND PROBLEMSTELLUNG	1
1. EINLEITUNG	4
1.1 Rückenschmerzen	4
1.1.1 Ursachen und Risikofaktoren	5
1.1.2 Behandlung akuter Rückenschmerzen	7
1.1.3 Definition von chronischen Rückenschmerzen	8
1.1.4 Risikofaktoren für das Auftreten chronischer Rückenschmerzen	8
1.1.5 Behandlung chronischer Rückenschmerzen	10
1.2 Rehabilitation	11
1.2.1 Weg in die Rehabilitation	11
1.2.2 Qualitätssicherung in der Rehabilitation	12
1.2.3 Wirksamkeit und Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen	16
1.2.4 Prädiktoren für den Rehabilitationserfolg	18
1.2.5 Abbildung des Rehaerfolgs	19
1.3 Fragestellungen	21
2. MATERIAL UND METHODIK	22
2.1 Allgemeiner Studienablauf	22
2.2 Stichprobe	25
2.3 Durchführung	25
2.4 Quantitative Auswertung der Fragebögen	26
2.5 Durchführung der Interviews	31
2.6 Inhaltsanalytisches Vorgehen	32
2.7 Vorverständnis	34
3. ERGEBNISSE	36
3.1 Beschreibung der Stichprobe	36
3.2 Beantwortung der Fragen	41
3.2.1 Fragestellung 1	41
3.2.2 Fragestellung 2	53
3.2.3 Fragestellung 3	70
3.2.4 Fragestellung 4	75
3.2.5 Fragestellung 5	79
4. DISKUSSION	87

4.1 Einschränkungen der Studie („Limitation of the Study“)	87
4.2 Diskussion der Ergebnisse der verschiedenen Fragestellungen	90
4.2.1 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 1	90
4.2.2 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 2 und 3	92
4.2.3 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 4	96
4.2.4 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 5	98
4.3 Schlussfolgerung	100
5. ZUSAMMENFASSUNG	102
6. LITERATURVERZEICHNIS	104
7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	112
7. VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN	113
8. ANHANG	114
Anhang 1: ICD M 50-54	114
Anhang 2: Fragebogen	117
Anhang 3: Informationsblatt und Einwilligungserklärung	136
Anhang 4: Interviewleitfaden	139
Anhang 5: Fallvignetten	142
Anhang 6: Liste der Codings	158
8. DANKSAGUNG	180
9. LEBENSLAUF	182

HINTERGRUND UND PROBLEMSTELLUNG

Etwa 85% der Bevölkerung westlicher Industriestaaten leiden mindestens einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen. Patienten mit Rückenschmerzen verursachen hohe medizinische und sozialmedizinische Kosten. In Deutschland sind das geschätzte 15-20 Milliarden Euro pro Jahr. Besonders chronische Krankheitsverläufe sind mit überproportional hohen Kosten verbunden (Hildebrandt et al., 2005). Um die Auswirkungen der Krankheit zu behandeln, Fähigkeitsstörungen und soziale Beeinträchtigung abzuschwächen, geminderte Erwerbsfähigkeit wieder zu bessern oder wieder herzustellen, haben Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Anspruch auf medizinische Rehabilitation.

Die Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen wird anhand der heutigen Studienlage kontrovers diskutiert. Die Nachhaltigkeit der stationären Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzpatienten ist unbefriedigend (Hüppe & Raspe, 2005). In einer Übersichtsarbeit nationaler Publikationen über die Effekte stationärer Rehabilitation konnten für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nur kurz anhaltende positive Effekte im Bereich von Schmerzen und Vitalität erzielt werden (Hüppe & Raspe, 2005). Bisher konnten spezifische Wirksamkeiten der Therapien von chronischen Rückenschmerzpatienten kaum nachgewiesen werden (Raspe, 2008). Andererseits zeigen Studien, die auf der direkten Beurteilung von den Rehabilitationsergebnissen durch die Patienten selber basieren, ein positiveres Bild der Erfolge von stationärer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen (Meyer et al., 2009). Zur Wirksamkeit von stationärer Rehabilitation liegen in Deutschland keine einfachen randomisierten kontrollierten Studien vor, in denen Rehabilitation gegen Nicht-Rehabilitation getestet wurden. Es ist also fraglich, inwieweit sich die unterschiedliche Ergebnislage auf die Erhebungsmethode zurückführen lässt oder ob die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation tatsächlich ungenügend ist.

Zu den verschiedenen Methoden der Veränderungsmessung gehören die Standardmethode der Veränderungsmessung („indirekte“ Veränderungsmessung), in der die Messung von Veränderung von Zielkriterien durch wiederholte Messung

des Status im Zeitverlauf und der Bildung von Differenzwerten erfolgt und die Methoden, in denen die erforderlichen Daten retrospektiv im Rahmen einer Messung erhoben werden („direkte“ Methode). Die „direkte“ Veränderungsmessung kann in zwei Methoden unterschieden werden: Variante A, bei der retrospektiv die wahrgenommene Veränderung gegenüber einem Bezugspunkt erfasst wird, d.h., die auf Vergleichsurteilen beruht (mehrfach konkurrente vs. einmalige retrospektive Messung) und in Variante B, die retrospektiv den erinnerten Prä-Status erhebt, d.h. aus dem konkurrent erhobenen Post-Status und dem retrospektiven erhobenen Prä-Status wird die Veränderung als Differenz bestimmt. In einer Studie, die die drei Veränderungsmessungsmethoden vergleicht, konnte zusammenfassend festgestellt werden, dass sich die verschiedenen Methoden in ihren Ergebnissen erheblich unterscheiden. Die Übereinstimmung der Standardmethode mit der Variante A war in der Studie von Kohlmann und Raspe besonders niedrig. Bei der Variante B liegen Hinweise für eine systematische Verzerrung im Sinne von Überschätzung der Verbesserung zwischen Prä- und Post-Messung vor. Stellt man die direkten und indirekten Methoden gegenüber, ist der Vorteil der direkten Veränderungsmessung ihre einfachere Logistik und höhere Ökonomie. Nach Kohlmann und Raspe sollte dabei Variante B mit dem erinnerten Prä-Status der Vorzug unter den Veränderungsmessungen gegeben werden. Für rehabilitationswissenschaftliche Evaluationsstudien empfehlen sie die indirekte Methode der Veränderungsmessung, doch ist für einen zusätzlichen Informationsgewinn die direkte Veränderungsmessung zusätzlich sinnvoll (Kohlmann & Raspe, 1998). Neuere Studien betonen die Vorteile der direkten Veränderungsmessung. Diese liegen in der direkten Befragung der Patienten über ihre Beschwerden und Symptome und deren Veränderungen, d. h. die momentane Situation des Rehabilitanden kann besser verstanden und in seine Lebenssituation besser eingeordnet werden. Die Beurteilung der Veränderung liegt bei dem betroffenen Patienten selbst und nicht bei dem Forscher. Die Bewertung langfristiger Rehabilitationsergebnisse sollte hauptsächlich auf dem direkt erfragten, momentanen Gesundheitszustand des Rehabilitanden nach der Rehabilitation beruhen (Meyer et al. subm., 2009).

In der vorliegenden Studie wurde die Methode der direkten Veränderungsmessung Variante A untersucht, also die retrospektiv wahrgenommene Veränderung

gegenüber dem Bezugspunkt, in der Hoffnung den Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht besser abbilden zu können. Die so erfassten selbstberichteten Verbesserungen bzw. Verschlechterungen werden als Erfolge bzw. Misserfolge bezeichnet. Was unterscheidet Rehabilitanden, die bei der direkten Veränderungsmessung unterschiedliche Erfolge bzw. Misserfolge ihrer Rehabilitation in Form der direkten Veränderungsmessung angeben? Wie kommen die Rehabilitanden zu ihrem Urteil? Bei der Beurteilung der Erfolge bzw. Misserfolge der Rehabilitation sind verschiedene Ebenen von Bedeutung. Sie können patientenabhängig sein, d.h. verschiedene persönliche, psychosoziale Hintergründe (Dauer der Rückenschmerzen, Erwartungen an Rehabilitation, Rentenantrag, berufliche Situation) haben oder sie können klinikabhängig (Therapien, Personal, Verpflegung) sein. Was macht die Rehabilitation für eine Person zum Erfolg? Welche Bedeutung hat die Dauer der Erkrankung und die Einstellung zur Erkrankung? Haben Vorteile im alltäglichen Leben durch die Erkrankung, (z.B. sekundärer Krankheitsgewinn, Schonung am Arbeitsplatz) einen Einfluss auf die Rehabewertung? In welchem Zusammenhang stehen die Erfahrungen der Rehabilitanden in der Klinik mit ihren Erfolgsbewertungen?

Auf der Grundlage der Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wurde eine Gegenüberstellung von individuellen Fragebogenangaben (direkte Veränderungsmessung) und den Informationen aus einem qualitativen Interview durchgeführt, um die Urteile der Rehabilitanden besser verstehen und interpretieren zu können.

1. EINLEITUNG

1.1 Rückenschmerzen

Als Rückenschmerz wird der Schmerz und die Beschwerden zwischen dem Rippenbogen und den unteren Glutealfalten mit oder ohne Ausstrahlungen in die Beine definiert (Hildebrandt, 2005). Rückenschmerzen sind ein sehr häufiges Symptom mit unterschiedlichen Ursachen. Ihre sozioökonomischen Bedeutung ist erheblich, denn acht von zehn Personen aus der Bevölkerung klagen während ihres (Arbeits-) Lebens wenigstens einmal über Kreuzschmerzen (Ficklscherer, 2005).

Der Ausprägungsgrad der Schmerzen ist hier genauso heterogen wie die möglichen Differentialdiagnosen. Das klinische Bild variiert von leichten Muskelschmerzen im Bereich der Brustwirbel- und Lendenwirbelsäule bis hin zu akuten Schmerzzuständen mit Ausstrahlungen und motorischen Ausfallerscheinungen der unteren Extremitäten. Dabei korreliert die Schmerzstärke bei akuten Rückenschmerzen nur gering, bei chronischen Schmerzen gar nicht mit dem Ausmaß der Schädigung (Ficklscherer, 2005).

Wenn keine zugrunde liegende Pathologie (zum Beispiel Frakturen, Infektionen, Entzündungsprozesse, rheumatische Erkrankungen, Skoliose/Kyphose, radikuläre Schmerzsyndrome) zu finden ist, spricht man von unspezifischen Schmerzen (Hildebrandt, 2005). Nach ICD-10, der internationalen Klassifikation der Krankheiten (DIMDI, 2009), sind unspezifische Rückenschmerzen unter ICD M-54 verschlüsselt (siehe Anhang 1). Rückenschmerzen sind sehr häufig und sie treten nahezu in allen Schichten der Bevölkerung auf. Frauen sind in der Regel 1,2-Mal häufiger betroffen als Männer. Die Frequenz der Rückenschmerzepisoden sinkt mit zunehmendem Alter. Personen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren sind häufiger betroffen als Ältere (65- bis 74-jährige) (Raspe & Kohlmann, 1998). Rückenschmerzen sind der dritthäufigste Konsultationsanlass in der Hausarztpraxis (20% aller Konsultationsabrechnungen) und der häufigste bei Orthopäden (50%), basierend auf den Abrechnungsstatistiken der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (Chenot, 2007). Die Lebenszeitprävalenz liegt in vielen Studien bei 80%, die Jahresprävalenz kann Werte bis 69% erreichen. Das führt zu einem erheblichen Umfang an medizinischen und sozialen Leistungen (AU-Zeiten) und verursacht hohe gesamtwirtschaftliche Kosten

(Kohlmann & Schmidt, 2005).

In nahezu allen Leistungsstatistiken des deutschen Gesundheitswesens spielen Rückenschmerzen eine dominierende Rolle. Sie belegen in der Rangfolge der Krankheitsarten bei der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung, der Frühberentung durch verminderte Erwerbsfähigkeit und der Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle immer einen der vorderen Plätze. Im Durchschnitt sind die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland pro Jahr 2-3,5 Arbeitstage aufgrund von Rückenschmerzen arbeitsunfähig (Kohlmann & Schmidt, 2005).

Die hohen medizinischen und volkswirtschaftlichen Kosten sind zum größten Teil auf die chronisch Betroffenen zurückzuführen. Im Vergleich zu anderen Krankheiten machen hier die indirekten Kosten gegenüber den eigentlichen Kosten den größten Anteil aus. Schätzungen zur Folge entstehen etwa 85% der Gesamtkosten durch den arbeits- und erwerbsunfähigkeitsbedingten Produktivitätsausfall und nur 15% durch die eigentliche medizinische Behandlung (Gesundheitsbericht für Deutschland, 2006). Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wurde im Jahr 2002 für die Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10: M45-M54) fast 8,4 Milliarden Euro ausgegeben (Gesundheitsbericht für Deutschland, 2006). Dorsopathien und die dazugehörigen unspezifischen Rückenschmerzen zählen aus ökonomischer Sicht damit zu ausgesprochen relevanten Krankheitsbildern.

1.1.1 Ursachen und Risikofaktoren

Als Ursachen für das Symptom der Rückenschmerzen kommen eine Vielzahl von Differentialdiagnosen in Betracht, unter anderen sind das die Lumbalgie, Ischialgie, der Bandscheibenvorfall, die Spondylolisthesis oder eine knöcherne Stenose des Spinalkanals. Neben den genannten primär orthopädischen Erkrankungen können Rückenschmerzen aber auch Ausdruck anderer Erkrankungen sein. Zu nennen wären hier der Herzinfarkt, Nierenerkrankungen oder Tumoren bzw. Metastasen (Ficklscherer, 2005).

Von einer Lumbalgie spricht man, wenn die Schmerzen auf die Kreuzregion oder die untere Region des Rückens begrenzt sind. Der chronische lumbale Schmerz wird als Lumbago bezeichnet. Ursächlich sind hierbei unterschiedliche Prozesse,

die sich auch überlappen können, wie muskuläre Schmerzphänomene bei der statischen Lumbalgie, segmentale Gefügestörungen, die zu segmentaler Instabilität führen, das Facettensyndrom, eine knöcherne Stenose des Spinalkanals oder die Kompression der Dura durch Bandscheibengewebe (Ficklscherer, 2005). Der Protrusio bzw. Prolaps der Bandscheibe geht eine degenerative Veränderung der Bandscheibe voraus. Weitere mögliche Ursachen für einen Bandscheibenvorfall sind die axiale Belastung, mangelnde Bewegung und die schlechte Stoffwechsellage des bradytrophen Gewebes (Ficklscherer, 2005).

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind solche Faktoren, die mit einem vermehrten Auftreten einer Krankheit oder eines bestimmten Zustands in Zusammenhang gebracht werden können, sie sollen also ursächlich an der Entwicklung einer Erkrankung beteiligt sein.

Es gibt eine große Anzahl von Risikofaktoren, die mit einer Entwicklung oder Aufrechterhaltung von Rückenschmerzen in Verbindung gebracht werden, deren Relevanz für einzelne Personen unterschiedlich sein kann. Die am häufigsten diskutierten Faktoren sind soziale Einflüsse, wie der mangelnde familiäre oder soziale Rückhalt oder der kulturelle Hintergrund, der die unterschiedlichen Schmerzwahrnehmungen, Einstellungen und Erwartungen auf die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen in verschiedenen Kulturkreisen beschreibt. Außerdem werden geringes Ausbildungsniveau oder die Arbeitslosigkeit dazu gezählt. Zu den individuellen Faktoren, zählen z.B. Körpergröße und Alter, körperlichen Verhaltensweisen, wie zu wenig Bewegung, schweres Heben und Tragen, einseitige Tätigkeit, das Rauchen und die schlechten Arbeits- bzw. Umweltverhältnisse, z.B. Vibrationen, schlechte Sitzmöbel und Betten, körperliche Leistungsfähigkeit, z.B. geringe Rumpfmuskelkraft und psychosoziale Risikofaktoren, wie Stress und Depressionen (Müller & Lühmann, 2005). Darüber hinaus stellt auch die Angst vor Bewegung und den damit verbundenen Schmerzen einen Risikofaktor bei schon schmerz erfahrenen Patienten dar. Sie nehmen Schonhaltungen ein, die ihre Beschwerden noch verstärken (Thomas & France, 2007).

1.1.2 Behandlung akuter Rückenschmerzen

Bei akuter erstmaliger Symptomatik müssen zunächst ausstrahlende Schmerzen, Radikulopathien (Erkrankungen der Rückenmarksnervenwurzel), Osteomyelitis, metabolische Knochenerkrankungen, entzündliche Erkrankungen, Neoplasien, Frakturen und Spinalkanalverengungen ausgeschlossen werden. Wenn das Alter bei Erstmanifestation unter 50 Jahren liegt, ein anamnestisches Trauma ausgeschlossen werden kann, keine B-Symptomatik (allgemeines Krankheitsgefühl, Nachtschweiß, Gewichtsverlust), oder spezifische viszerale und/oder neurologische Symptome vorliegen, ist zunächst keine weitere Diagnostik nötig (Ficklscherer, 2005).

Die Diagnostik beschränkt sich dann auf eine ausführliche Anamnese, in der ein besonderes Augenmerk auf die psychosoziale Situation des Patienten gelegt werden sollte, sowie eine klinische Untersuchung. Eine Nachuntersuchung ist nur bei über Wochen persistierenden Beschwerden notwendig.

Die Behandlung akuter unspezifischer Rückenschmerzen besteht zunächst darin, den Patient über die Harmlosigkeit und die kurze Dauer der Beschwerden aufzuklären und ihn zu möglichst frühzeitiger Aktivität zu motivieren. Normale körperliche Aktivität, einschließlich Arbeit, sollte früh wieder aufgenommen werden. Um die Schmerzen zu lindern, wird eine Behandlung mit Paracetamol oder NSAR (Non-Steroidale Antirheumatika) empfohlen. Eventuell ist die Verschreibung von Muskelrelaxantien für einige Tage sinnvoll. In einigen Fällen der unzureichenden Schmerzlinderung ist eine Chirotherapie als Therapieoption zu erwägen (Hildebrandt, 2005).

Die Therapie akuter unspezifischer Rückenschmerzen mit NSAR und Physiotherapie führt bei 60 % der Patienten innerhalb von vier Wochen zu einer Besserung der Beschwerden (Ficklscherer, 2005). Auch Pengel et al., (2003) beschreiben in einem systematischen Review, dass sich akute Rückenschmerzen innerhalb von wenigen Wochen bessern. Bei im Mittel 58% (12-84%) der Patienten lindern sich die Schmerzsymptome innerhalb eines Monats. Zwischen 68% und 86% der Rückenschmerzpatienten erlangen ihre Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Monats, 93% innerhalb von drei bis sechs Monaten, wieder. Schmerzen und die Arbeitsunfähigkeit bleiben jedoch oft bestehen und Rezidive sind häufig. Das Risiko wenigstens eines Rezidives der Rückenschmerzen

innerhalb von drei Monaten liegt bei im Mittel 26% (19% bis 34%), die Wahrscheinlichkeit innerhalb eines halben Jahres zwischen 66% bis 84% (Pengel et al., 2003).

1.1.3 Definition von chronischen Rückenschmerzen

Es wird zwischen akuten Rückenschmerzen, die weniger als 12 Wochen dauern, rezidivierenden Rückenschmerzen, die nach einem symptomfreien Intervall von mindestens sechs Monaten erneut auftreten und chronischen Rückenschmerzen, die über 12 Wochen oder länger bestehen, unterschieden (DEGAM Leitlinie, Kreuzschmerz, 2003).

1.1.4 Risikofaktoren für das Auftreten chronischer Rückenschmerzen

Für den weiteren Verlauf von Rückenschmerzen ist das Zusammenwirken von zahlreichen Einflussgrößen aus unterschiedlichen Merkmalsbereichen ausschlaggebend. Zu den bisher untersuchten Risikofaktoren, die eine hohe Evidenz für das Auftreten von chronischen Rückenschmerzen haben, zählen das Alter (zwischen 30 und 50 Jahren), körperliche Beschwerden, wie Ischialgien mit ihren funktionellen Beeinträchtigungen oder Komorbidität, frühere Schmerzen und deren Intensität. Zu den soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, die eine erhöhte Evidenz aufweisen, gehören Merkmale der Erwerbssituation wie die Zufriedenheit am Arbeitsplatz, bestehende Arbeitslosigkeit, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die subjektive Arbeitsprognose, die körperlichen Anforderungen bei der Arbeit, sowie eventuelle finanzielle Vorteile durch die Erkrankung. Außerdem sind psychosozialen Faktoren aufzuführen, wie ein geringes Gesundheitsbewusstsein, Depressionen, psychologischer Distress oder maladaptives Coping (Müller & Lühmann, 2005). Es liegen allerdings auch Studien vor, in denen der oft beschriebene Zusammenhang zwischen psychologischen Faktoren, leistungsbasierter und selbstberichteter Einschränkung durch die Beschwerden von Rückenschmerzen (Schiphorst Preuper et al., 2008) nicht eindeutig belegt werden konnte.

Die klinisch manifesten Erkrankungen stehen nur bei einem kleinen Anteil der chronischen Rückenschmerzen im Vordergrund. Die meisten Fälle sind

unspezifisch und können auch mit aufwendigen diagnostischen Mitteln nicht sicher einem objektivierbaren medizinischen Befund zugeordnet werden. Die Diagnosen der degenerativen Bandscheibenerkrankung, Infektionen der Wirbelsäule, Funktionsstörungen, Osteoporose oder andere sind meist nicht die eindeutige Schmerzursache. Auch anthropometrischen Größen, wie Übergewicht und Körpergröße, können keine gesicherte kausale Bedeutung zugesprochen werden. Demgegenüber haben Personen mit früheren Schmerzen im Rücken ein fünffach erhöhtes Risiko im Verlauf ein weiteres Rückenschmerzereignis zu erleiden.

Bei Rückenschmerzen ist der Zusammenhang mit dem Sozialstatus gut belegt. Personen mit einem höheren Bildungsniveau, höherem Berufsstatus und höherem Einkommen haben ein halb so großes Risiko an Rückenschmerzen zu leiden, wie Personen mit niedrigem Sozialstatus (Kohlmann & Schmidt, 2005).

Schwache Zusammenhänge gibt es auch zwischen verschiedenen Lebensstilfaktoren und der Entstehung von chronischen Rückenschmerzen. So gibt es Hinweise für einen positiven Zusammenhang von Zigarettenkonsum und dem Auftreten von Rückenschmerzen. Auch der Konsum von Alkohol oder Bewegungsmangel korrelieren in geringem Umfang mit der Entstehung von chronischen Rückenschmerzen.

Neben den früheren Rückenschmerzereignissen sind psychologische Faktoren zur Vorhersage der Entstehung und Chronifizierung am besten geeignet. Relevant sind dabei psychische Beeinträchtigungen wie Depressivität, Distress, Somatisierung, wobei die schmerzbezogenen Kognitionen größte Bedeutung haben. Dazu zählen Angst-Vermeidungs-Überzeugungen wie „Bewegung könnte schädlich sein für meinen Rücken“, oder negative Coping-Strategien wie das Katastrophisieren („ich bin ein hoffnungsloser Fall“). Es hat sich gezeigt, dass Personen mit besonders hohen psychischen Belastungen häufiger Rückenschmerzen entwickeln. Lamé et al. (2005) beschreiben in ihrer Studie, dass besonders Frauen ihre Rückenschmerzen katastrophisieren, höhere Schmerzintensitäten angeben, vermehrte Einschränkungen durch ihre Beschwerden und geringere Mobilität aufzeigen.

Bei den Arbeitsplatzfaktoren fördern besonders die psychosozialen Arbeitsplatzmerkmale die Entstehung von chronischen Rückenschmerzen. Dazu gehören eine niedrigere Arbeitsplatzzufriedenheit, eine als monoton erlebte Arbeit, Stress und soziale Konflikte am Arbeitsplatz oder eine bereits bestehende

Arbeitsunfähigkeit. Zusätzlich beeinflussen eine als gering empfundene subjektive Kontrolle über den Arbeitsablauf, ein hohes Arbeitstempo und die subjektive Gefährlichkeit des Arbeitsplatzes das Auftreten und den Verlauf von Rückenschmerzen (Kohlmann & Schmidt, 2005).

1.1.5 Behandlung chronischer Rückenschmerzen

Für die Diagnostik und Therapie von chronischen Rückenschmerzen gibt es im Vergleich zu der Therapie von akuten Rückenschmerzen kaum einheitliche Leitlinien (Hildebrandt, 2005). Bei der Diagnostik chronischer Rückenschmerzen spielt die frühzeitige Identifizierung psychosozialer Faktoren (z.B. Arbeitsunfähigkeit) eine große Rolle. Die Röntgendiagnostik ist auch hier nur bei Patienten über 50 Jahren oder bei einem anamnestischen oder klinischen Verdacht empfohlen (Hildebrandt, 2005). Bei der Therapie chronischer Schmerzen sollten NSAR nur kurzfristig bei der Verstärkung der Schmerzsymptomatik angewendet werden. Auch der Einsatz von Muskelrelaxantien ist längerfristig wegen ihrer erheblichen Nebenwirkungen und der Ausbildung einer Abhängigkeit nicht zu empfehlen. Ist die Verhaltens-, Physio- oder multidisziplinäre Therapie unwirksam, kann kurzfristig auch ein niedrig- bis mittelfrequentes Opioid eingesetzt werden. Koanalgetika wie noradrenerge- und noradrenerg-serotoninerge Antidepressiva sind laut Leitlinie für chronische Rückenschmerzpatienten sinnvoll (Hildebrandt, 2005). Zu diesem Ergebnis sind auch Urquart et al. (2008) gekommen, als sie in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit von Antidepressiva vs. Placebo bei chronischen Rückenschmerzpatienten getestet haben. Ein wichtiger Baustein ist die Psychotherapie in Form von kognitiver Verhaltenstherapie, da es eindeutige Hinweise darauf gibt, dass Angst- und Vermeidungsverhalten eine große Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Rückenschmerzen spielen. Eine kognitive Verhaltenstherapie verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit, das Gesundheits- und Schmerzverhalten und reduziert die Schmerzintensität im Vergleich zu nicht psychologischer Therapie einschließlich medikamentöser Therapie. Zusätzlich wird deren Effizienz noch durch aktive Physiotherapie, Training und Arbeitstherapie verstärkt (Hildebrandt, 2005). Intensive Physiotherapie und eigene Übungsprogramme reduzieren auf lange Sicht

allerdings nicht die Intensität von chronischen Rückenschmerzen (van der Roer et al., 2008).

1.2 Rehabilitation

Von der kurativen Versorgung unterscheidet sich die Rehabilitation, die die Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls behandeln und Fähigkeitsstörungen sowie soziale Beeinträchtigung abschwächen soll. Den Erkrankten soll dabei geholfen werden, die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen und möglichst weitgehend und selbstständig am Leben in Gesellschaft, Familie und Beruf teilzunehmen. Die optimale rehabilitative Versorgung zeichnet sich durch einen frühen Beginn der Behandlung aus, so dass ein nahtloser Übergang von der akut-medizinischen Versorgungsstufe in den interdisziplinären, integrativen Behandlungsansatz folgt (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998). Die wichtigsten Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen sind die ärztliche Behandlung, Physiotherapie, physikalische- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Diätetik/Ernährungsberatung, psychologische sowie psychotherapeutische Leistungen, allgemeine Gesundheitsbildung und soziale Beratung und Betreuung. Die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Rückenschmerzen erfolgt entweder als ambulante Rehabilitation oder als eine in der Regel dreiwöchige stationäre Behandlung in speziellen Reha-Einrichtungen (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998).

1.2.1 Weg in die Rehabilitation

Jeder medizinischen Rehabilitation geht ein Antrag des Versicherten voraus. Befindet sich der Versicherte im erwerbsfähigen Alter, wird der Antrag direkt beim Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gestellt, oder von anderen Leistungsträgern (z.B. Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit) oder Servicestellen der Rehabilitationsträgern entgegengenommen und an den jeweils zuständigen Träger weitergeleitet. Anhand der vorliegenden Daten (Versicherung, Angaben über Diagnosen, Funktionsstörungen, Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe; besonders aus ärztlichen Befundberichten) prüft der Träger die

versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Für Versicherte außerhalb des erwerbsfähigen Alters ist in der Regel die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Leistungsträger. Die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) tritt bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen ein. Steht eine chronische Krankheit oder Behinderung in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit oder anhaltender Arbeitsunfähigkeit, kann der Versicherte auch von der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Krankenkasse aufgefordert werden, eine medizinische Rehabilitation zu beantragen (Korsukèwitz et al., 2007).

Die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Gesetzlichen Rentenversicherung sind für Versicherte und Erwerbsminderungsrentner, bei denen entweder eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, oder die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Anspruchsvoraussetzung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfüllt, wenn eine Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit abgewendet werden kann, bzw. wenn sie bereits eingetreten ist, sie zu beseitigen, zu vermindern oder auszugleichen ist oder wenn einer Verschlimmerung vorzubeugen ist. Die Anspruchsvoraussetzung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Gesetzlichen Unfallversicherung sind erfüllt bei einem Arbeitsunfall oder nach Diagnostik einer anerkannten Berufskrankheit (Korsukèwitz et al., 2007).

1.2.2 Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Die Patienten haben berechtigten Anspruch auf gute Qualität der Versorgung, dadurch müssen sich die Leistungsanbieter und Leistungserbringer auf die Bedürfnisse des Patienten als „Kunden“ einstellen (Widera & Klosterhuis, 2007). Die Anzahl von freiwilligen und verpflichtenden Programmen zur Qualitätssicherung in allen Sektoren des Gesundheitssystems steigt national und international an. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von erbrachten Leistungen im deutschen Gesundheitswesen verpflichtet der Gesetzgeber die Leistungserbringer im Sozialgesetzbuch (SGB V). Nach §135a, Abs.2 SGB V sind alle Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111 besteht, sowie Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser

und Leistungserbringer der Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet, sich an der Qualitätssicherung zu beteiligen. Ziele der Qualitätssicherung sollten die Verbesserung von Ergebnisqualität, sowie die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sein (Glattacker & Jäckel, 2007).

Die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung im Behindertenrecht bestehen seit 2001 nach § 20 Abs. 1 im Sozialgesetzbuch IX. Für die deutsche Rentenversicherung ist die Qualitätssicherung seit 1997 ein fester Bestandteil des Rehabilitationssystems, die ständig weiterentwickelt und verbessert wird (Egner et al., 2007). Vor dem Hintergrund, dass die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung im Jahr 2000 rund 4,2 Mrd. Euro betrugen, lässt sich die große Investition der Rentenversicherung in die Qualitätsentwicklung rechtfertigen (Egner et al., 2002). Das Gesamtziel der Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist die Optimierung der Rehabilitation durch die Anregung des entstandenen qualitätsorientierten Wettbewerbs unter den Kliniken und die Sicherstellung eines bundesweit einheitlichen, vergleichbaren Qualitätsstandards. Weitere Ziele sind die am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der Rehabilitation, ein transparenteres Leistungsgeschehen, eine größere Ergebnisorientierung und der Aufbau eines klinikinternen Qualitätsmanagements (Egner et al., 2006).

Ausschlaggebend für den Erfolg von Rehabilitationen ist nicht zuletzt der Patient. Dessen Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Rehaerfolg sind zum einen abhängig von den unterschiedlichen Ausgangslagen des einzelnen Patienten (Motivation, Schwere und Dauer der Erkrankung, Rehaerwartungen, usw.), von den Eindrücken und Erlebnissen in der Klinik (Organisation, Arzt/Therapeut-Patient-Verhältnis, Therapien, Abstimmung zwischen den Zielen des Patienten und dem Therapeuten) und der Förderung von Nachsorge und Selbsthilfe (Widera & Klosterhuis, 2007). Die Therapieabstimmung erfolgt hier bei jedem fünften Patienten noch mangelhaft (Egner et al., 2006).

Das Programm zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der erbrachten Rehaleistung der Deutschen Rentenversicherung beinhaltet die externe Qualitätssicherung, in der vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durchgeführt werden. Regelmäßig werden Strukturerhebungen über Rehabilitationskliniken, Rehabilitandenbefragungen und

Einzelfallbegutachtungen mit Hilfe von Stichproben mittels Peer-Review-Verfahren mit repräsentativen Stichproben durchgeführt. Unter Berücksichtigung der indikationsspezifischen Leitlinien, wird die Prozessqualität bewertet und, unter Zuhilfenahme der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Kliniken regelmäßig zurückgemeldet, um mit dieser externen Information das interne Qualitätsmanagement zu verbessern. Die externe Qualitätssicherung mit ihren Instrumenten und Verfahren kann ihre Wirkung nur auf dem Boden qualitätsorientierter Managementstrukturen der Kliniken entfalten. Seit 1997 gehört die Rehabilitandenbefragung daher zur Routine von Qualitätssicherungsaktivitäten. Der dafür verwendete Fragebogen bildet einerseits Wahrnehmungen und Bewertungen von Strukturen, Prozessen und Leistungsbereichen der Rehabilitation ab. Andererseits erhebt er die gesundheitlichen Effekte der Rehabilitation im Patientenurteil (subjektives Rehabilitations-Outcome/ Widera & Klosterhuis, 2007). Kontinuierlich werden monatlich jeweils etwa 20 Patienten jeder Rehaklinik zufällig ausgewählt. Sie werden acht bis zwölf Wochen nach ihrer Entlassung angeschrieben und zu ihren Erfahrungen während der Reha und dem Ergebnis befragt. Dazu werden im Jahr ca. 135.000 Fragebögen verschickt (Deutsche Rentenversicherung, 2008).

Diese Befragungen geben den Rehabilitanden die Möglichkeit, sich zu ihren Erfahrungen mit verschiedenen Aspekten ihrer Rehamaßnahme zu äußern und sich so an der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Fragebögen ermitteln den Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht durch die direkte Veränderungsmessung. Dabei vergleicht der Patient seinen erinnerten Gesundheitszustand vor der Rehabilitation mit dem zum Zeitpunkt der Befragung erlebten Gesundheitszustand nach der Reha. Er beurteilt, ob sich dieser verändert hat (Widera & Klosterhuis, 2007). Das Ziel der Ergebnisse aus der Qualitätssicherung sollte sich im Rahmen von perspektivisch deutlicheren Konsequenzen für die einzelnen Rehabilitationskliniken niederschlagen, d.h. in den Bereichen Belegung und Vergütung der Einrichtung. Darüber hinaus sollte eine Qualitätssteigerung der Rehamaßnahme erreicht werden. In der sozialpolitischen Diskussion werden Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zukünftig wichtige Argumente für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sein (Egner et al., 2006).

Vor- und Nachteile von Fragebogenmethode und Interviewmethode

Die Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung erfolgt mittels Fragebogen. Fragebögen haben auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert erlangt. Insbesondere für die Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen, wie sie zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung betreibt, sind sie ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung.

Unter dem Aspekt der drei wichtigsten Gütekriterien der klassischen Testtheorie von Objektivität (das Ausmaß in dem die Ergebnisse des Fragebogens unabhängig von äußeren Faktoren der Erhebung und Auswertung sind), Reliabilität (die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Messung) und Validität (das Ausmaß in dem ein Fragebogen das misst, was er messen soll), können die Vor- und Nachteile der Fragebogen- mit der Interviewmethode verglichen werden. Der Vorteil von Fragebögen liegt darin, dass die Vorstellungen oder Erwartungen des Interviewers, die als Fehlerquelle bei interview-basierten Erhebungsverfahren einen großen Stellenwert einnehmen, keinen Einfluss auf den Befragten haben. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität von Fragebögen ist hoch. Ein Plus bei der Anwendung von Fragebögen liegt in den in der Regel niedrigen Kosten, der zum Teil sehr guten Dokumentation und der internationalen Vergleichbarkeit von Ergebnissen. Demgegenüber bietet die Fragebogenmethode auch Nachteile. Über das Ausmaß, in dem der Fragebogen wirklich das misst, was er messen soll, fehlt die Kontrolle. Es bleibt unklar, warum der Befragte bestimmte Antworten ankreuzt. Durch die fehlende Interaktion mit dem Interviewer müssen die Formulierungen in Fragebögen umso klarer und einfacher sein, denn in der Erhebungssituation fehlt eine Nachfragemöglichkeit. Der Einfluss von unterschiedlichen äußeren Faktoren auf das Ausfüllen von Fragebögen ist schwierig zu beurteilen. Viele Rehabilitanden holen sich Rat oder füllen den Fragebogen gemeinsam mit ihrem Partner aus (Meyer et al., 2006). Die Interpretation der verschiedenen Items kann unterschiedlich sein und auch die vorgegebenen Antwortkategorien können missverstanden werden. Ein Nachteil sind auch Fragen nach länger zurückliegenden Ereignissen. In Bezug auf die zeitliche Referenz können verschiedene Probleme die Gültigkeit der Antworten gefährden. Die Beantwortung der Frage wird umso schwieriger, je größer die Symptomatik der Erkrankung variiert. Die Befragten werden mit der Schwierigkeit

konfrontiert, ihre unterschiedlichen Zustände zusammenzufassen. In einem Interview hat der Patient die Möglichkeit, sich für seine Antworten Zeit zu lassen und gegebenenfalls nachzufragen, wenn er eine Frage nicht verstanden hat. Darüber hinaus kann ein Vertrauensverhältnis während des Gesprächs aufgebaut werden, welches zu zusätzlichen Informationen führen kann (Gläser & Landel, 2004). Ein weiteres Problem stellt die Beantwortung von Fragen in den Fragebögen bei Unsicherheit dar. Im Zweifelsfall tendiert der Befragte zur mittleren (= normalen) Kategorie oder er fügt schriftliche Kommentare hinzu (Meyer, 2008). Der Interviewer kann zusätzliche Informationen von dem Patienten erhalten, die über die standardisierten Fragebögen hinausgehen (Meyer, 2007 a).

1.2.3 Wirksamkeit und Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen

Um die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zu erforschen, muss zunächst die Begrifflichkeit geklärt werden. Wirksamkeit besteht, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen einem beobachteten Effekt und einer vorausgegangenen Behandlung/Intervention vorliegt. Die Behandlung/Intervention ist wirksam, wenn in einem kontrollierten Versuch Effekte erzeugt werden können, die sich statistisch signifikant von den Effekten einer Kontrollbedingung unterscheiden (Hüppe & Raspe, 2005).

In einer Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Rehabilitation haben Hüppe & Raspe (2003, 2005) für sechs Outcomes (Schmerzintensität, Depressivität, Katastrophisieren, Vitalität, Funktionskapazität und Arbeitsunfähigkeitstage) Effektstärken nach einer Formel für Prä-Post-Vergleiche berechnet und mit prognostisch relevanten Studien- und Probandenmerkmalen in Beziehung gesetzt. Die zusammengefassten Gesamt-Effektstärken wurden mit Befunden aus internationalen Studien verglichen. Dabei hat sich gezeigt, dass kurzfristig je nach Outcome-Parameter kleine (z.B. Funktionskapazität) bis große Effekte (z.B. Vitalität) erzielt werden. Die Nachhaltigkeit der Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten in stationären medizinischen Rehabilitationskliniken ist dagegen nach wie vor unbefriedigend. (Hüppe & Raspe 2005)

Andererseits gibt es auch Ergebnisse aus Studien, die auf direkten Patientenurteilen basieren und ein deutlich positiveres Bild der Erfolge von stationärer Rehabilitation chronisch Rückenschmerzkranker abgeben (Meyer et

al., 2009). Meyer et al. analysierten Qualitätssicherungsdaten der Deutschen Rentenversicherung aus den Jahren 2003 und 2004. Hier wurden mögliche unterschiedliche Einflussgrößen auf das Ergebnis der Beurteilung mit einbezogen, z.B. personenabhängige oder klinikabhängige Erfolge und methodische Artefakte. Die Daten der Studie von Meyer et al. ergaben, dass 74,2% der Befragten die Rehamaßnahme insgesamt positiv, 14,5% neutral und 11,3% negativ bewerteten. Die Kreuzschmerzen haben sich bei 46,1% der Patienten verbessert, bei 44,7% der Befragten hatten sie sich nicht verändert und 9,2% gaben sogar eine Verschlechterung ihrer Beschwerden an. Das Behandlungsergebnis bildet sich allerdings aus Sicht des Rehabilitanden nicht in einzelnen Outcomes ab, sondern besteht immer in einem „Gesamt“ aus verschiedenen Dimensionen des Erfolgs. Um dieses Gesamtbild aus Rehabilitandensicht besser abbilden zu können, wurden mit Hilfe einer Latenten Klassenanalyse (LCA) verschiedene Erfolgsmuster auf der Basis von sechs Outcome-Dimensionen identifiziert. Zu den Outcome-Dimensionen gehören Veränderung im Schmerzbereich, Somatisierung, Alltagsaktivitäten, psychisches Befinden, berufliche Teilhabe und der Konsum von Medikamenten/Alkohol/Zigaretten. Somit konnten die wahrgenommenen Erfolge durch den Rehaaufenthalt aus Sicht der Rehabilitanden besser dargestellt werden. Die Patienten ließen sich in drei vergleichbar große Gruppen einteilen. Die Erste, die „generell Erfolgreichen“, die Zweite, „die generell Erfolglosen“ und eine dritte mittlere Gruppe. Die Dritte lässt sich wiederum in drei Untergruppen unterteilen: die „basal Erfolgreichen“, die „Schmerzreduzierten“ und die „psychisch und im Alltag stabilisierten“.

Die erste Gruppe wies auf allen Outcome-Dimensionen hohe Erfolgswahrscheinlichkeiten auf, die Zweite dagegen geringe. Die Patienten der „generell Erfolglosen“ hatten einen hohen Anteil von Arbeitsunfähigkeitszeiten von über sechs Monaten in einem Zeitraum von zwölf Monaten vor der Reha. Viele von ihnen hatten bereits einen Rentenantrag vor der Rehamaßnahme gestellt. Ihr selbstberichteter körperlicher, psychischer und funktionaler Zustand war im Vergleich zu den anderen Gruppen nach der Reha deutlich reduziert. Die dritte Gruppe zeigte in einzelnen Outcome-Dimensionen jeweils höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten. Die „basal Erfolgreichen“ in zentralen Bereichen, wie Schmerzen, Alltagsaktivitäten und Teilhabe, die „psychisch und im Alltag stabilisierten“ in den Bereichen psychisches Befinden und Alltagsaktivitäten und

die „Schmerzreduzierten“ im Bereich der Schmerzen, in anderen Outcomes jeweils geringere Erfolgswahrscheinlichkeiten.

Mit der vorliegenden Studie soll ein Beitrag zur Frage geleistet werden, vor welchem persönlichen Erfahrungshintergrund die Patienten zu ihren Urteilen über die Rehabilitationsmaßnahme kommen. Welche Veränderungen sind für die Patienten selbst bedeutsam und welchen Stellenwert hat die Rehabilitation für sie? Zu diesem Hintergrund zählen konkrete Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsaufenthalt, mit anderen Institutionen der medizinisch-therapeutischen Versorgung und dem Krankheitsverlauf.

1.2.4 Prädiktoren für den Rehabilitationserfolg

Mit dem Begriff „Erfolg“ in der Rehabilitation ist in der vorliegenden Arbeit die Sichtweise des Patienten gemeint und die subjektive Veränderung in dem für den Betroffenen eingeschränkten Bereich. Dies knüpft an einer Definition von Raspe an, nach der von Erfolg gesprochen werden sollte, wenn der Patient seine Ziele in der Reha erreicht sieht (Raspe, 1998). In einer Studie mit 90 Patienten zu den Einflussfaktoren auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bei Rückenschmerzpatienten nach Rehabilitation sind Hildebrand et al. (1997) zu dem Ergebnis gekommen, dass verschiedenen Faktoren auf das Outcome Einfluss haben. Diese schließen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Selbsteinschätzung über die Rückkehr an den Arbeitsplatz, einen gestellten Rentenantrag und die Abnahme der Beschwerden nach der Reha mit ein. Zu diesem Ergebnis kommen auch aktuellere Studien, in der die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten nach dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, bei 20% liegt (Du Bois & Donceel, 2008). Einfluss auf den Erfolg von Rehamaßnahmen haben die Zufriedenheit des Rehabilitanden mit der Rehamaßnahme, das Ausmaß der Beschwerden des Patienten, die Arztkontakte vor der Maßnahme und die Reduktion der Beschwerden während der Rehabilitation. Nach Eklund (1992) ist die Kombination aus psychischem Befinden und soziodemographischem Hintergrund ausschlaggebender für den Erfolg der Patienten mit Rückenschmerzen als die medizinischen Befunde. Nicht prädiktiv sind der medizinische Hintergrund, die medizinische Diagnose oder die körperliche Einschränkung. Auch die körperlichen Variablen wie Leistungsfähigkeit, Mobilität

oder Kraft weisen nur begrenzt prognostischen Wert auf (Hildebrand et al., 1997). Patienten mit einer höheren inneren Überzeugung, ihre Beschwerden selbst bekämpfen zu können, trainieren häufiger, machen ihr Übungsprogramm konsequenter und haben einen größeren Erfolg, ihre Rückenschmerzen zu kontrollieren (Härkäpää et al., 1991). Zu diesem Ergebnis sind auch Spinhoven et al. (1989) in ihrer Studie gekommen. Ein weiteres Merkmal der Patienten, die ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen, ist ein höherer Bildungsstandard und eine gehobene berufliche Stellung. Die Wahrscheinlichkeit, Patienten, die bereits einen Rentenantrag gestellt haben oder vorübergehende Rentenleistungen in Anspruch genommen haben, zurück zu ihrem Arbeitsplatz zu verhelfen, ist gering. Auch die Verbesserung des körperlichen Zustandes in Form von Kraftzuwachs und Mobilität oder die intensivere physiotherapeutische Behandlung haben wenig Einfluss auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend sind nach Hildebrand et al. (1997) die prädiktiven Faktoren zur Schmerzlinderung von Rückenschmerzen, dass der Patient noch keinen Rentenantrag gestellt hat, die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als sechs Monate besteht und bisher wenige klinische Behandlungen sowie Arztbesuche vorliegen.

1.2.5 Abbildung des Rehaerfolgs

Der Erfolg von Rehabilitation beschränkt sich nicht nur auf den Erfolg bzw. Misserfolg im Bezug auf die bestehenden Rückenschmerzen. Vielmehr sind für die Beurteilung der Rehabilitation verschiedene Outcome-Dimensionen relevant. Das Ergebnis einer Reha aus Sicht der Betroffenen ist immer ein Komplex verschiedener Outcomes. So können z.B. die Schmerzen reduziert sein, dennoch ist keine Verbesserung der Funktionsfähigkeit eingetreten. Oder das psychische Befinden hat sich verbessert ohne dass eine Schmerzlinderung eingetreten ist. Die für die Auswertung in Frage kommenden Kriterien des verwendeten Fragebogens wurden nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO in die Bereiche Körperfunktionen- und Strukturen, Aktivität und Teilhabe eingeteilt. Im Einzelnen gehören zu den Outcome-Bereichen:

- Schmerzen mit den Veränderungselementen: Kreuzschmerzen, Muskelschmerzen und allgemeine Schmerzen

- Körperliche Missempfindungen: Schwächegefühl in Körperteilen, Schweregefühl in Armen/ Beinen, Taubheit/ Kribbeln in Körperteilen
- Alltagsaktivitäten: Einschränkung von Alltagsaktivitäten, Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf Alltag, Auswirkungen seelischer Beschwerden auf Alltag
- Psychisches Befinden: Erschöpfung/Müdigkeit, Nervosität/ Niedergeschlagenheit
- Berufliche Teilhabe: Arbeits(un)fähigkeit, Rentenantrag, Gedanke an Rentenantrag
- Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten: Zigaretten, Alkohol, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel

Um die Komplexität der Outcomes aus Sicht der Patienten angemessen abzubilden, wurden „Typen“ von Rehabilitanden identifiziert, die sich in ihren „Outcome-Mustern“ unterscheiden (LCA) (Aggregation von Erfolgskriterien siehe Meyer et al., 2009).

Die Auswertung des vorliegenden Fragebogens der Rehabilitanden ergibt eine Einteilung in fünf Gruppen, deren unterschiedliche Merkmale im Folgenden beschrieben werden.

Die Gruppe 1 („die generell Erfolgreichen“) zeigt in den Bereichen Schmerzen und Alltagsaktivitäten, sowie in den Bereichen körperliche Missempfindungen und psychisches Befinden eine fast 100%ige Verbesserungswahrscheinlichkeit. Außerdem findet sich im Vergleich zu den vier anderen Gruppen hier der höchste Anteil an positiven Veränderungen, im Sinne einer Reduktion des Konsums von Alltagsdrogen/Medikamenten.

Der Gruppe 1 gegenübergestellt ist die Gruppe 2 („die generell Erfolglosen“). Diese Gruppe zeichnet sich durch sehr geringe Erfolgswahrscheinlichkeiten in den einzelnen Outcome-Bereichen aus.

Die Gruppe 3 („die basal Erfolgreichen“) zeigt, vergleichbar mit Gruppe 1, in den zentralen Bereichen Schmerzen, Alltagsaktivitäten und Teilhabe hohe Erfolgswahrscheinlichkeiten. Dagegen sieht man in den weniger zentralen Bereichen körperliche Missempfindungen, psychisches Befinden, sowie dem Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten deutlich geringere

Verbesserungswahrscheinlichkeiten.

In der Gruppe 4 („die psychisch und im Alltag Stabilisierten“) finden sich Patienten mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit in den Outcome-Bereichen psychisches Befinden und Alltagsaktivitäten. Geringe Verbesserungen sehen wir in dieser Gruppe in den Kategorien Schmerzen, körperliche Missempfindungen, Teilhabe und dem Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten.

Die Gruppe 5 („die Schmerzreduzierten“) zeichnet sich durch eine hohe Veränderungswahrscheinlichkeit im Schmerzbereich aus, wohingegen alle anderen Outcome-Bereiche nur Veränderungen unter 50% aufweisen können.

1.3 Fragestellungen

Vor dem Hintergrund der differenzierten Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen, sollen in dieser Studie Gründe hierfür identifiziert werden. Eine mögliche Erklärung könnten die Unterschiede auf Grund der direkten und indirekten Veränderungsmessung sein. Untersucht wird in dieser Arbeit die direkte Veränderungsmessung Variante A. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie sich unterschiedliche, selbstberichtete Erfahrungen mit dem stationären Rehaaufenthalt im „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation - somatischer Bereich“ aus der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung abbilden. Auf der Ebene der personenabhängigen Erfolge bzw. Misserfolge, sollen die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

- Hat die Bedeutung des Rehaaufenthaltes im biographischen Kontext des Krankheitsverlaufs und der erfahrenen Behandlung einen Einfluss auf die Rehabewertung?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen den berichteten Erfahrungen in der Rehabilitation und ihren Erfolgsbewertungen?
- Gibt es Dimensionen, die über die des Fragebogens hinausgehen und die für den Patienten bei seiner Beurteilung wichtig sind?
- Sind generelle Bewertungen der Reha zu finden, die die Beurteilung des Erfolges des Rehaaufenthaltes beeinflussen?

2. MATERIAL UND METHODIK

2.1 Allgemeiner Studienablauf

Zur Beantwortung der genannten Fragestellungen erfolgte eine Zwei-Punkt Erhebung. Den ersten Messzeitpunkt stellte die direkte Messung der Veränderung patientenbezogener Ergebnisparameter nach stationärer Rehabilitation in dem Fragebogen der Deutschen Rentenversicherung dar. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde das qualitative Interview geführt.

Das Projekt wurde am 17.04.2007 durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck genehmigt (AZ 07-051).

Die Studienphasen und deren zeitlicher Verlauf gestalteten sich wie folgt. Zunächst wurde im Institut für Sozialmedizin des UKSH im Februar 2007 das Anschreiben mit dem Informationsblatt zu der Studie, der Einladung zur Teilnahme an der Befragung und der Einverständniserklärung vorbereitet. Im März 2007 hat die Deutsche Rentenversicherung Nord Patienten, die die Inklusionskriterien erfüllten (Ein- und Ausschlusskriterien siehe Kap. 2.2), identifiziert. Dazu zählen diejenigen mit der Erstindikation ICD-10 M50-M54, die nicht an der regulären Patientenbefragung zur Qualitätssicherung teilgenommen haben und deren Rehamasnahme nicht länger als 3 Monate zurück liegt. Diese Patienten wurden im gleichen Monat schriftlich von der Deutschen Rentenversicherung Nord zur Teilnahme eingeladen. Der Einladung lagen die Studieninformationen, der Fragebogen zur Beurteilung ihrer Rehabilitation, die Einwilligungserklärung zur Studie und ein frankierter Rückumschlag an das Institut für Sozialmedizin des UKSH bei. Denjenigen, die nach vier Wochen nicht antworteten, wurde erneut ein Erinnerungsschreiben mit allen Unterlagen zugesendet. Die im Institut für Sozialmedizin eingegangenen Fragebögen wurden im April und Mai 2007 analysiert. Hierzu fand eine Identifikation der Outcome-Muster (Schmerzen, körperliche Missempfindungen, Alltagsaktivitäten, psychisches Befinden, berufliche Teilhabe, Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten) für jeden Studienteilnehmer statt. Innerhalb der drei Gruppen („generell Erfolgreich“, „generell Erfolglos“ und mittlere Gruppe) wurden konsekutiv Interviewpartner ausgewählt. Zur Vereinbarung des Interviews und zur Klärung des Ortes, wo dieses stattfinden soll (bei dem Patienten zu Hause, oder im Institut für Sozialmedizin des UKSH) fand eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmern von Mai bis Juni 2007

statt. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt. Die Dokumentation erfolgte an Hand eines digitalen Aufnahmegerätes. Von Juni bis August 2007 wurden die aufgezeichneten Interviews transkribiert und so der qualitativen Inhaltsanalyse zugänglich gemacht. Die Auswertung der Daten fand zwischen Januar und Mai 2008 sowie zwischen Dezember und April 2009 statt.

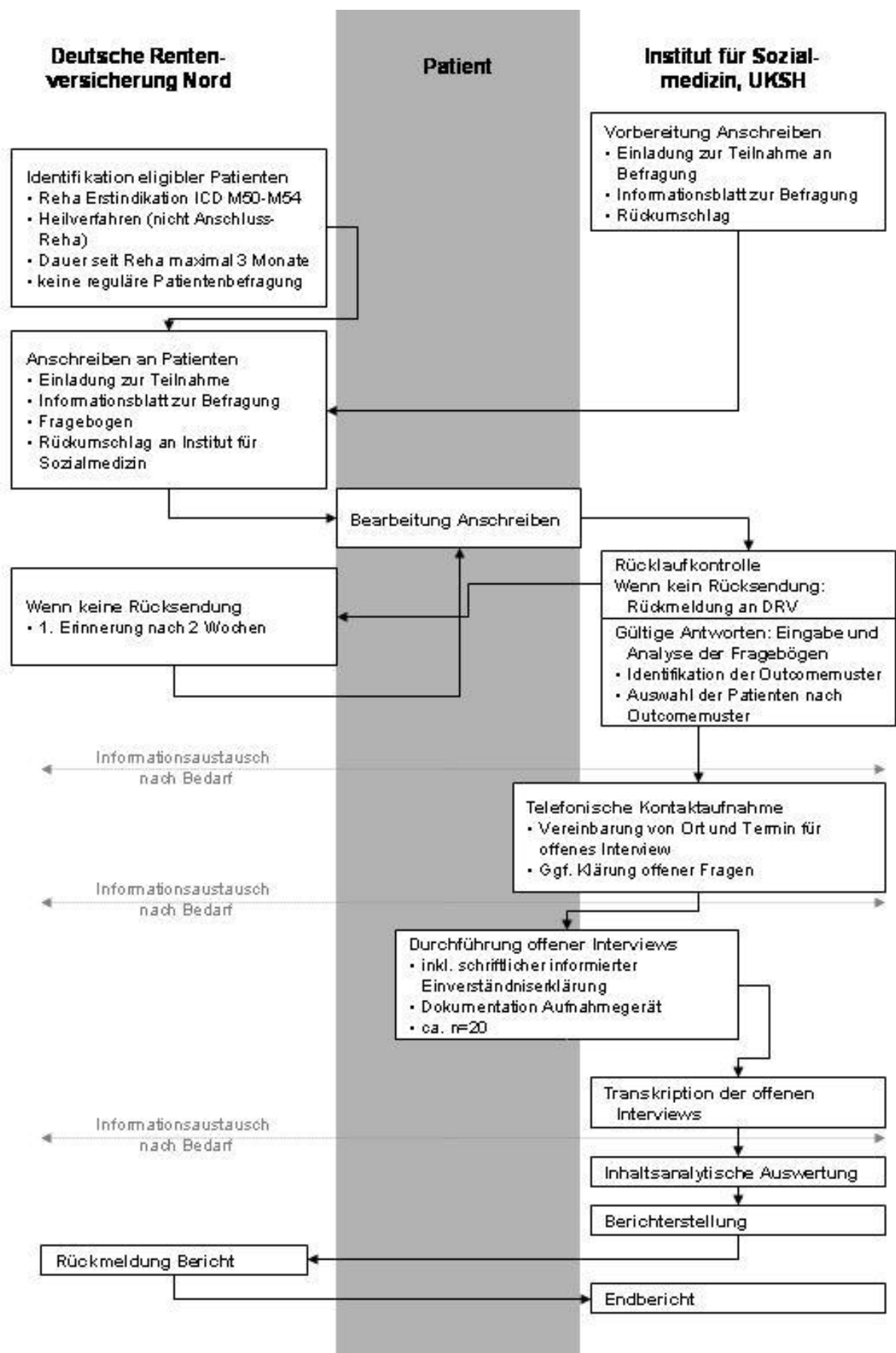


Abbildung 1: schematischer Überblick des Studienablaufs

2.2 Stichprobe

In die Studie eingeschlossen wurden alle Patienten (es sind, wenn nicht anders aufgeführt, sowohl weibliche als auch männliche Patienten gemeint), die sich drei Monate nach einer stationärer Rehabilitation aufgrund chronischer Rückenschmerzen (Erstindikation ICD-10 M50-M54) im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Nord befanden. Aus Gründen der leichten Erreichbarkeit stammten sie aus der Region Lübeck und Hamburg.

Die Patienten, die an einer Anschlussheilbehandlung teilgenommen haben und diejenigen, die bereits einen Fragebogen im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung zugeschickt bekommen hatten, wurden ausgeschlossen. Möglicherweise haben sich Patienten mit ungenügenden Deutschkenntnissen nicht an der Studie beteiligt, oder fanden einen Weg, ihre zum Teil kleinen sprachlichen Barrieren mithilfe von Familienangehörigen, die bei dem Interview anwesend waren, um ggf. zu übersetzen, zu überwinden.

2.3 Durchführung

Identifikation der Studienteilnehmer, Fragebogenversand und Fragebogenrücklauf

Zur Studiendurchführung hat die Deutsche Rentenversicherung Nord die Patienten, die die Inklusionskriterien erfüllten, identifiziert. Diese Patienten erhielten ein von der Deutschen Rentenversicherung Nord und dem Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck unterschriebenes Anschreiben, ein Informationsblatt zur Studie, den Fragebogen mit der Einwilligungserklärung und einen frankierten Rückumschlag (siehe Anhang). Es wurden 103 Patienten gebeten den „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation“ auszufüllen und die unterschriebene Einwilligungserklärung in dem Freiumschlag an das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck zurück zu senden.

Den Patienten sollte in der Studieninformation deutlich werden, dass die zu erhebenden Daten in keinem Zusammenhang mit ihren sonstigen Daten der Rentenversicherung gestellt werden. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass alle Studienmitarbeiter, die Zugriff auf die Daten haben, der Schweigepflicht unterliegen und dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden. Nach Abschluss der Studie werden alle personenbezogenen Daten anonymisiert.

Patienten, die innerhalb der ersten 30 Tage nicht antworteten, bekamen ein erstes Erinnerungsschreiben mit allen Unterlagen. Bei Ausbleiben einer Reaktion auf das Erinnerungsschreiben wurden keine weiteren Schritte zur Kontaktaufnahme unternommen.

Von den 103 versendeten Fragebögen sind im Institut für Sozialmedizin 59 (60,8%) eingegangen. Von den 59 Rücksendungen hatten drei Rehabilitanden den Fragebogen nicht ausgefüllt, vier von ihnen hatten die Einverständniserklärung nicht beigefügt. Zwei der Angeschriebenen waren versehentlich ausgewählt worden, da sie an einer Anschlussheilbehandlung teilgenommen hatten. Fünf Teilnehmer waren nicht mit einem Interview einverstanden und sechs hatten ihre Telefonnummer nicht angegeben. Diese 14 Personen wurden von der weiteren Studie ausgeschlossen.

Die Fragebogendaten basieren auf einer Ein-Punkt-Messung nach der Reha. Es handelt sich um eine direkte Beurteilung der Veränderung nach der Rehabilitation durch den Patienten. Es liegt eine direkte, auf die Rehamaßnahme bezogene Veränderungsmessung vor, aber keine Veränderungsmessung nach dem Modell des Prä-Post-Vergleichs.

2.4 Quantitative Auswertung der Fragebögen

Zur Erfassung der Veränderung der Schmerzsituation durch die Rehamaßnahme wurden im Fragebogen folgende Fragen gestellt: „Wenn Sie jetzt noch einmal an die eben angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (Kreuzschmerzen (S91)¹, Muskelschmerzen (S95)). Die Skalierung unterteilte sich hier in „gebessert“, „nicht verändert“ und „verschlechtert“. „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?“ (S111). Die Skalierung lautete 1=stark gebessert, 2=etwas gebessert, 3=nicht verändert, 4=etwas verschlechtert und 5=stark verschlechtert. Zuvor wurde mit einer Filterfrage geklärt, ob die folgenden Beschwerden vor der Reha ein Problem für den Befragten darstellten.

Der Outcome-Bereich „körperliche Missempfindungen“ wird wie der der Schmerzsituation abgefragt, „Wenn Sie jetzt noch einmal an die eben

1 Die Angaben in den Klammern verweisen auf die verwendeten Items aus dem Fragebogen

angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S101, S105, S107). Auch hierzu gehört eine zuvor gestellte Filterfrage, ob die Beschwerden ein Problem darstellten. Die Skalierung erfolgte wie oben.

Um den Outcome-Bereich „Alltagsaktivitäten“ zu erfassen, wird die Frage gestellt: „Wenn sie sich jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S121), „Wenn Sie jetzt noch einmal an ihre seelischen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S126) und „Wenn Sie jetzt noch einmal an ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S138). Die Skalierung ist 1=stark gebessert, 2=etwas gebessert, 3=nicht verändert, 4=etwas verschlechtert und 5=stark verschlechtert. Zuvor wurde eine Filterfrage gestellt, ob die körperlichen Probleme und ihre Auswirkungen für den Rehabilitanden ein Problem darstellten.

Zu dem psychischen Befinden wurden die Fragen gestellt: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S69) und „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Nervosität und Niedergeschlagenheit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S71). Beiden war eine Filterfrage vorweg gestellt, ob diese Probleme vor der Rehabilitation vorlagen. Die Antwortmöglichkeiten waren hier 1=stark gebessert, 2=etwas gebessert, 3=nicht verändert, 4=etwas verschlechtert und 5=stark verschlechtert.

Die berufliche Teilhabe wird unter Punkt VI des Fragebogens erfasst, die für diese Arbeit relevanten Fragen sind: „Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?“. Die Antwortmöglichkeiten sind hier, „Ich bin zurzeit: 1=arbeitsfähig oder 2=arbeitsunfähig“ (S150), „Haben Sie nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt?“ (S157) und „Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen?“ (S158). Die Skalierung dieser Fragen erfolgte dichotom: nein=1, ja=2.

Der Outcome-Bereich „Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten“ wird im Punkt V des Fragebogens erfasst. Es werden folgende Fragen gestellt: „Hat sich Ihr Konsum von Zigaretten durch die Rehabilitation verändert?“ (S141), „Hat sich Ihr Konsum von Alkohol durch die Rehabilitation verändert?“ (S142) und „Hat sich Ihr Konsum von Medikamenten durch die Rehabilitation verändert?“ (Schmerzmittel (S146), Schlaf- und Beruhigungsmittel (S147)) Die Skalierung ist 1= mehr geworden, 2= gleich geblieben, 3= weniger geworden.

Alle Outcome-Bereiche mit den zugehörigen Veränderungsitems finden sich in dem im Anhang beigefügten Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation - somatischer Bereich der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung.

Die Auswertung der Daten der vorliegenden Arbeit orientierte sich an der Verfahrensweise des Projekts von Meyer et al. 2009. In dem Projekt „Analyse des Wirksamkeitsproblems der stationären medizinischen Rehabilitation: Inwieweit werden potentielle Erfolge durch vorliegende Untersuchungsansätze maskiert?“ haben Meyer et al. (2009) fünf Outcome-„Typen“ identifiziert. Es wurden Patientenfragebögen der Deutschen Rentenversicherung analysiert und auf der Basis von Veränderungsitems in Orientierung an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) in sechs Bereiche eingeteilt (Schmerzen, körperliche Missempfindungen, Alltagsaktivitäten, psychisches Befinden, berufliche Teilhabe, Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten). Die Formulierung von indikationsspezifischen Therapiezielen, die auch im Kontext der Qualitätssicherung der Rentenversicherung für den Bereich Orthopädie/Rheumatologie vorkommen, ergänzt die Ergebnisindikatoren. Die Therapieziele werden in somatische, funktionsbezogene, psychosoziale und edukative Ziele unterschieden.

Outcome-Bereich	zugehörige Veränderungsitems	mind. 1 Aspekt vor der Reha problematisch	ICF	Therapieziele Orthopädie / Rheumatologie
Schmerzen	Kreuzschmerzen (S91) Muskelschmerzen (S95) Schmerzen allg. (S111)	98,6%	Körperfunktionen u. -strukturen	somatisch („Schmerzen“)
Körperliche Missempfindungen	Schwächegefühl (S105) Schweregefühl Arme / Beine (S107) Taubheit/Kribbeln (S101)	86,6%	Körperfunktionen u. -strukturen	(somatisch)
Alltagsaktivitäten	Alltagseinschränkungen (S138) Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf Alltag (S121) Auswirkungen seelischer Beschwerden auf Alltag (S126)	98,4%	Aktivitäten und Teilhabe	Funktionsbezogen
Psychisches Befinden	Erschöpfung / Müdigkeit (S69) Nervosität/ Niedergeschlagenheit (S71)	72,7%	Körperfunktionen u. -strukturen	psychosozial (Ängstlichkeit, Depressivität)
Berufliche Teilhabe	Arbeits(un)fähigkeit (S150) Rentenantrag (S157) Gedanke an Rentenantrag (S158)		Teilhabe	psychosozial („berufliche Integration“)
Konsum von Alltagsdrogen / Medikamenten	Konsum von... - Zigaretten (S141) - Alkohol (S143) - Schmerzmitteln (S146) - Schlaf-/ Beruhigungsmitteln (S147)	96,3%	Kontextfaktoren: personenbezogene Faktoren	edukativ („Risikoverhalten“)

Tabelle 1: Formuliert Outcome-Bereiche für Reha- Patienten mit chronischen Rückenschmerzen auf der Basis des QS- Fragebogens: zugehörige Items, Anteil Patienten mit Problemen im jeweiligen Bereich vor der Reha, konzeptionelle Zuordnung (Meyer et al., Abschlussbericht zur Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen, 2009)

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Version 14.0). Die Zuordnung der Rehabilitanden zu den fünf Erfolgsgruppen erfolgte auf der Grundlage eines Algorithmus, der im Rahmen des Projekts von Meyer et. al (2009) mithilfe einer SPSS-Syntax erstellt wurde. So konnte die Stichprobe in die oben beschriebenen fünf Gruppen eingeteilt werden (die „generell Erfolgreichen“, die „generell Erfolgrlosen“, die „Schmerzreduzierten“, die „basal Erfolgreichen“ und die „im Alltag und psychisch Stabilisierten“), wobei die drei letzteren Gruppen in dieser Studie zu einer „Mittelgruppe“ zusammengefasst wurden.

Weitere Outcomes

Neben den genannten Outcome-Bereichen werden weitere Outcome-Variablen in der vorliegenden Arbeit verwendet:

Health Survey Short Form 36:

Zur Messung des Vitalitätsverlustes wurde der Short-Form-36 Health Survey genutzt, um gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erfassen. Der SF-36 besteht aus 36 Items, in denen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit abgefragt werden. Die vorliegende Arbeit berichtet über die Ergebnisse der körperlichen und psychischen Summenskalen. Es handelt sich um eine Statusmessung nach der Rehabilitation.

Somatisierung (aus SCL-90-R)

Zur Messung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome bei einer Person dient der SCL-90-R. Der Rehabilitationsfragebogen umfasst nur die Subskala Somatisierung, deren Ergebnis in der vorliegenden Arbeit berichtet wird. Es handelt sich hier ebenfalls um eine Statusmeldung nach der Reha.

Für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Studie sind außerdem folgende Items des Fragebogens relevant: „Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den vergangenen vier Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?“. Die Antwortmöglichkeiten sind: „Mein Leistungsvermögen ist im Bereich Beruf: sehr schlecht=0 bis 10= sehr gut“ (S162) und „Mein Leistungsvermögen ist im Bereich Freizeit ist: 0=sehr schlecht bis 10= sehr gut“ (S162). Zuletzt folgte die

Frage: „Wie beurteilen Sie diese letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?“. Die Antwortmöglichkeiten waren auf einer Skala von 0=sehr schlecht bis 10=ausgezeichnet (S164) vorgegeben (siehe Fragebogen im Anhang).

Um einen möglichen Selektionseffekt der interviewten Personen zu überprüfen, wurden die Unterschiede zwischen den interviewten und nicht interviewten Rehabilitanden analysiert. Es wurden zunächst soziodemographische Variablen untersucht. Dazu gehören die Items Alter, Geschlecht, Schulbildung, Gruppeneinteilung, Short Form 36 und Somatisierung. Unterschiede zwischen den Interviewten und den Nicht-Interviewten wurden bei kategorialen Variablen mithilfe des Chi-Quadrat Tests analysiert. Mittelwertunterschiede wurden anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben auf ihre Signifikanz hin geprüft.

Unterschiede zwischen den Personen, die sich nicht an der Studie beteiligt haben, indem sie nicht auf die Anschreiben der Deutschen Rentenversicherung reagiert haben, und den interviewten Rehabilitanden ließen sich nicht analysieren, da zu denjenigen, die sich nicht rückgemeldet haben, keine Daten vorliegen.

2.5 Durchführung der Interviews

Aus den Forschungsfragen wurden offene Interviewfragen abgeleitet, welche in Kombination mit anderen Themenbereichen aus dem Fragebogen inhaltsanalytisch ausgewertet werden können.

Um sicher zustellen, dass die Inhalte der Interviews vergleichbar sind, wurde zuvor ein Interviewleitfaden entwickelt. (Interviewleitfaden siehe Anhang)

Der vorbereitete Interviewleitfaden orientiert sich an den Punkten:

- Dauer der Beschwerden
- Erklärung für das Auftreten der Rückenschmerzen
- Eigeninitiative zur Krankheitsbekämpfung und deren Bewertung
- Einschränkungen der Beschwerden für den Patienten im privaten und beruflichen Alltag
- Weg zu der Rehamaßnahme
- Erwartungen an die Rehabilitation
- Bestehender Rentenwunsch

- Erfahrungen des Rehabilitanden in der Klinik
- Bewertung der Therapieangebote, des Tagesablaufes in der Klinik, der Organisation, dem Personal, der Unterbringung und der Verpflegung
- Erfolg der Anwendungen im Bezug auf Schmerzen, körperliche Missempfindungen und Alltagsaktivitäten
- Frühere Rehaerfahrungen
- Bezug zum Fragebogen, Klärung der Differenzen zwischen Interviewergebnissen und Fragebogen.

Die Einzelinterviews hatten eine durchschnittliche Dauer von etwa 60 Minuten. Die Länge der Interviewdauer lag zwischen 35 Minuten und 105 Minuten.

2.6 Inhaltsanalytisches Vorgehen

Das inhaltsanalytische Vorgehen orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (Mayring, 2005). Qualitativ orientierte Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass sie besonders konkret, materialnah und deskriptiv die Auswertungsaspekte des Textes entwickelt.

Nach Mayring (2005), lief die Inhaltsanalyse wie folgt ab. Alle Einzelinterviews wurden transkribiert und somit einer qualitativen Inhaltsanalyse zugänglich gemacht. An erster Stelle wurde eine Fallvignette für jedes Interview erstellt, in der die wichtigsten Informationen aus dem Interview zusammenfassend dargestellt wurden. Sie werden durch ein Leitthema bzw. ein Motto, das in der Regel aus einem charakterisierendem Originalzitat besteht, ergänzt. Die Fallvignetten enthielten Informationen zu den Themen der Ausgangslage bzw. Problemlage des Patienten, dem Beruf, der Rehainitiative (vom Patienten selbst oder nach Aufforderung von dem behandelnden Arzt, der Krankenkasse oder der Rentenversicherung), der Rehabilitationsmaßnahme an sich (der Erfolg, welche Probleme wurden in der Reha angegangen, wie ist die Situation nach der Reha) und der Bedeutung der Rehabilitation für den Befragten. Es folgte eine Beschreibung der Ausgangslage, dem Weg zur Reha, der Rehaerwartung, der Reha selbst und dem Outcome. Die inhaltsanalytische Auswertung orientierte sich an dem Konzept des thematischen Kodierens. Diese Kategorienzuordnung zu den Textstellen stellt eine Interpretation dar und geschieht nicht automatisch. Der Text wird in Richtung der Kategorien interpretiert. Die qualitativen Analysestrategien

arbeiten zentral mit der induktiven Ableitung von Kategorien aus dem Material heraus (Textmaterial ist der Ausgangspunkt und die Kategorien werden möglichst eng an den Textpassagen orientiert formuliert, dabei spielt die Fragestellung und der theoretische Hintergrund der Untersuchung mit hinein) (Mayring, 2005). Auf der Grundlage des Kategoriensystems wurden für die Interviews Codes erstellt. Das Kategoriensystem wurde regelmäßig während der Auswertung überprüft und mit neuen Kategorien, präziseren Anleitungen oder weiteren Beispielen überarbeitet. So konnten relevante Kategorien, die in den Interviews ausgedrückt werden, markiert und vergleichbar gemacht werden. Dieses Vorgehen greift auf die wesentlichen Punkte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zurück. Zum einen gibt es die Regeleinheiten, die das Material in Analyseeinheiten zerlegen, und zum anderen das Arbeiten mit Kategorien, das Analyseaspekte in begründete Kategorien fasst, welche im Laufe der Auswertung überarbeitet werden können. Die zentralen inhaltsanalytischen Regeln stellen die Kategoriedefinitionen und das Abstraktionsniveau dar. Die Kategoriedefinition schränkt im Sinne eines Selektionskriteriums ein, beschreibt die Thematik, die zu den Kategorien entwickelt werden soll und übergeht nicht passendes Material. Bei der induktiven Kategorienentwicklung ist die Festlegung des Abstraktionsniveaus von zentraler Bedeutung, um ein einheitliches Kategoriensystem zu entwickeln. In einem weiteren Schritt können dann Überkategorien auf einem abstrakten Level gebildet werden. Eine weitere Modifizierung in dem inhaltsanalytischen Vorgehen betrifft nach Mayring die Überprüfung der Interkoderreliabilität. In der vorliegenden Studie handelte es sich zunächst um den Vergleich zweier unabhängiger Auswerter. Bei qualitativ orientierten Arbeiten ist generell eine vollständige Übereinstimmung nicht zu erwarten, da interpretative Bestandteile enthalten sind. Ein Ungleichgewicht der beiden Inhaltsanalytiker besteht vor allem darin, dass der Hauptkodierer vertrauter mit dem Material ist, da er es selbst erhoben hat. Die Vorgehensweise der Auswertung verlief so, dass der Erstkodierer dem Zweitkodierer ausführlich die Anlage der Untersuchung erklärte und die jeweiligen Auswertungsregeln des Kategoriensystems begründete. Der Zweitkodierer wertete dann, zumindest ausschnittsweise, das Material aus. Die Kodierungen werden nun von beiden Analytikern zusammen verglichen und entstandene Abweichungen begründet. Nicht-Übereinstimmungen werden nur gewertet, wenn der Zweitkodierer den Erstkodierer überzeugen kann, dass dessen Auswertung nicht

dem Material entspricht oder nicht den Regeln entsprechend vorgenommen wurde. Nicht berücksichtigt wurde die abweichende Auswertung des Zweitkodierers durch mangelnde Einsicht in das Material oder die Regeln (Mayring, 2005).

2.7 Vorverständnis

Ein wichtiges Merkmal bei der Datenanalyse und -interpretation qualitativer Forschung besteht darin, dass die beteiligten Forscher mit der Möglichkeit der Integration verschiedener Perspektiven eine prägnante Darstellung der Inhalte erreichen können. Die Forscher nehmen eine Reflektion über die eigene Rolle im Forschungsprozess vor. Auf diese Weise berücksichtigt qualitative Forschung den Einfluss, den die Vorstellungen und Erwartungen der Wissenschaftler auf die Forschung selber haben (Meyer, 2007c).

Für die vorliegende Studie ist hierbei zu berücksichtigen, dass ich durch meine vorherige Ausbildung und Arbeit als Physiotherapeutin sensibler auf die somatischen Probleme der Patienten reagiere. Durch meine physiotherapeutische Tätigkeit in der Klinik und in der Praxis habe ich ein Bild von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, welches eventuell einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte. Während meiner Arbeit als Physiotherapeutin erschienen mir Patienten mit Rückenschmerzen eher als hilflos, sie haben ihre häuslichen Übungsprogramme nicht durchgeführt und hatten oft den Anspruch, dass ihnen bei der Bewältigung ihrer Rückenschmerzen von außerhalb geholfen werden müsse. Die Patienten erhielten über einen langen Zeitraum Therapien, die ihnen im Grunde genommen nicht geholfen haben, da sie nicht erkannten, dass sie eine Eigenverantwortung für sich und ihren Körper haben. Die Bereitschaft, durch Gewichtsreduktion oder sportliche Tätigkeiten auslösende Faktoren zu beseitigen, fehlte mir bei dieser Patientengruppe besonders. Die Einschätzung der vorhandenen Schmerzen des Patienten durch den Physiotherapeuten beeinflusst dessen Umgang mit Rückenschmerzpatienten. Die Verbesserungen des Patienten werden anders gesehen, Übungsprogramme und Hilfestellungen in Form von Verhaltensempfehlungen anders gegeben (Daykin & Richardson, 2004). Natürlich sind diese Eindrücke und Gefühle bezüglich dieser Patientengruppe nicht auf alle Personen übertragbar. Ich habe auch Erfahrungen

mit Patienten gemacht, die sehr wohl ihre Situation ändern wollten und die Kraft besaßen, ihre Therapien als Hilfe zur Selbsthilfe zu nutzen und ihre beruflichen und häuslichen Aufgaben den Beschwerden anzupassen. Diese von mir mit positiven Gefühlen besetzten Patienten haben von der Physiotherapie profitiert.

An der Analyse des Datensatzes war außerdem der Diplom-Psychologe Dr. Thorsten Meyer beteiligt, der in Form von zahlreichen Interviews mit Rehabilitanden in Rehakliniken sowie während Forschungspraktika Einblicke in die Welt der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen gewonnen hat. Aufgrund seines Hintergrundes fokussiert er eher auf die psychische Situation der Betroffenen und hat im Zuge seiner Forschungsarbeiten die Hypothese entwickelt, dass bestimmte psychische Ausdrucksformen wie Depressivität bzw. Erschöpfung eng mit dem chronischen Rückenschmerzsyndrom verwoben sind. Aufgrund der vorliegenden Evidenzlage zur (zweifelhaften) Wirksamkeit der in Deutschland regelhaften dreiwöchigen stationären Rehabilitation geht er zumindest mittelfristig von einer geringen Bedeutung der Rehabilitation für die betroffenen Patienten aus.

3. ERGEBNISSE

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Analysestichprobengröße betrug N=45, davon waren elf Patienten (24%) weiblich und 34 (76%) männlich. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 47 Jahre (von 28-59 Jahre). 18 (40%) der 45 Befragten hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss, 12 (27%) die Mittlere Reife, einer (2%) einen Polytechnischen Oberschulabschluss, drei (7%) die Fachhochschulreife, drei (7%) Abitur, einer einen anderen Schulabschluss und sieben Befragte (16%) hatten keinen Abschluss. Die Rehabilitationsdauer lag im Mittel bei drei Wochen. Von den Studienteilnehmern hatten 22 (49%) das Gefühl, in der richtigen Klinik gewesen zu sein, acht (18%) hatten eher, neun (20%) teilweise, vier (9%) eher nicht und ein Befragter hatte überhaupt nicht den Eindruck, dass die richtige Klinik für sie ausgesucht wurde. Die Zeit zwischen der Rehabilitationsmaßnahme und dem Ausfüllen des Fragebogens betrug im durchschnittlich 12,5 Wochen. 31% der 45 Befragten hatten vorherige Rehaerfahrungen.

Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 16 (36%) „generell Erfolgreichen“, 11 der mittleren Gruppe (sechs (13%) „basal Erfolgreiche“, drei (7%) „Schmerzreduzierte“ und zwei (4%) „psychisch und im Alltag Stabilisierten“) und 18 (40%) „generell Erfolglösen“ zusammen.

Es bestand kein Unterschied zwischen der Gruppe der nicht interviewten (N=26) und der Gruppe der interviewten Patienten (N=19) hinsichtlich der oben aufgeführten soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Gruppeneinteilung, Schulabschluss) und des Gesundheitszustands Short Form 36, Somatisierung.

	Interview durchgeführt (n=19)	kein Interview (n=26)	Test auf Unterschiede zwischen den Gruppen (Chi-Quadrat nach Pearson bzw. t-Test)
Alter	M=49 SD=8,36	M=45 SD=7,78	$\chi^2=0,81$ p=0,13
Geschlecht weiblich männlich	5 14	6 20	$\chi^2= 0,06$ p= 0,80
Gruppeneinteilung die generell Erfolgreichen die mittleren Gruppen die generell Erfolglosen Gesamt (n)	6 5 8 19	6 5 8 23	$\chi^2 =0,15$ p= 0,92
Schulabschluss Hauptschule mittlere Reife Polytechnische Oberschule Fachhochschulreife Abitur anderer Schulabschluss Ohne Abschluss Gesamt (n)	6 4 1 3 1 0 4 19	12 8 0 0 2 1 3 26	$\chi^2 =7,91$ p= 0,24
Short Form 36 (nach Reha) körperliche Summenskala psychische Summenskala Gesamt (n)	M: 35,00 SD: 10,43 M: 47,77 SD: 10,91 16	M: 38,91 SD: 10,82 M: 45,78 SD: 11,19 21	t= 1,10 p=0,80 t= 0,54 p=0,82
SCL-90-R, Somatisierung (nach Reha) Gesamt (n)	M:1,8 SD: 1,1 19	M: 1,1 SD: 0,8 26	t= -1,064 p=-1,06

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n= Anzahl gültiger Werte

Tabelle 2: Gegenüberstellung interviewte/nicht interviewte Rehabilitanden

Für die zu führenden Interviews wurde darauf geachtet, aus dem von männlichen Personen dominierenden Datensatz alle Frauen zu erreichen. Außerdem wurden die Patienten bevorzugt, deren Wohnort von Lübeck aus in angemessener Zeit zu erreichen war.

Die Rehabilitanden, die aus der Stichprobe für ein Interview ausgewählt wurden (N=19), waren ungefähr zu gleichen Teilen auf die Gruppen der „generell Erfolgreichen“, der mittleren Gruppe und der „generell Erfolglosen“ verteilt. Die meisten der befragten Patienten hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss, gefolgt von der mittleren Reife und keinem Schulabschluss. Ein geringer Anteil verfügte über einen Polytechnischen Oberschulabschluss oder die Fachhochschulreife. Von den Befragten hatten nur in der Gruppe der „generell Erfolglosen“ und in der mittleren Gruppe Patienten einen Rentenantrag vor der Rehamaßnahme gestellt. Der Abstand zwischen der Einwilligungserklärung und dem Tag des Interviews betrug im Mittel 65 Tage. Der kürzeste Zeitraum zwischen Einwilligungserklärung und Interviewtermin betrug 28 Tage, der längste 93 Tage. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die interviewten Patienten (N=19) in Abhängigkeit von der Gruppenzuordnung (Erfolgsmuster). Auf einen statistischen Test auf Unterschiede zwischen den Gruppen wurde aufgrund der geringen Gruppengröße verzichtet.

Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Geschlechts wiesen die „generell Erfolglosen“ auf, die einen vergleichsweise geringen Frauenanteil hatten, dabei bleibt festzuhalten, dass der Frauenanteil in allen drei Gruppen als sehr niedrig zu betrachten ist. Die „generell Erfolglosen“ waren im Mittel am Jüngsten und die mittlere Gruppe hatte das höchste durchschnittliche Alter. In der mittleren Gruppe hatte keiner der Befragten einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, bei den „generell Erfolgreichen“ wies keiner eine mittlere Reife oder keinen Abschluss auf und hier befanden sich die einzigen Patienten mit einem Polytechnischen Abschluss und mit Abitur.

Gruppe	1. die „generell Erfolgreichen“	2. die mittlere Gruppe	3. die „generell Erfolglösen“
Geschlecht weiblich männlich	2 4	2 3	1 7
Alter	47	53	46
Schulabschluss Haupt- Volksschule mittlere Reife Polytechnische Oberschule Fachhochschule Abitur ohne andere	2 0 1 2 1 0 0	0 2 0 1 0 2 0	3 2 0 0 0 2 0
Rentenanspruch vor Reha gestellt	0	1	2
Short Form 36 (nach Reha) körperliche Summenskala	M: 36,4 SD:13,2	M: 33,6 SD: 10,2	M: 34,5 SD: 9,2
psychische Summenskala	M: 55,7 SD: 6,5	M: 44,9 SD: 8,4	M: 41,8 SD: 12,1
SCL-90-R Somatisierung (nach Reha)	M: 0,7 SD: 0,6	M: 1,9 SD: 1,3	M: 1,5 SD: 1,0

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, n: Stichprobenumfang

Tabelle 3: Merkmale der Interviewten Patienten nach ihrer Gruppeneinteilung

Die einzelnen Personen sind mit Identifizierungsnummern versehen, um einen Bezug zwischen Fallvignetten und verschiedenen Zitaten herstellen zu können.

Gruppeneinteilung	Identifikation	Alter	Geschlecht
generell erfolgreich	107	51	männlich
	109	49	weiblich
	115	49	weiblich
	122	54	männlich
	131	51	männlich
	139	30	männlich
mittlere Gruppe (schmerzreduziert, basal erfolgreich, psychisch und im Alltag reduziert)	110	56	männlich
	117	57	weiblich
	105	46	männlich
	128	52	weiblich
	119	56	männlich
generell erfolglos	106	51	männlich
	108	45	weiblich
	113	44	männlich
	116	44	männlich
	129	58	männlich
	136	50	männlich
	138	28	männlich
	143	57	männlich

Tabelle 4: Merkmale der Patienten

3.2 Beantwortung der Fragen

Um die verschiedenen Fragen der vorliegenden Arbeit zu beantworten, wurden zum Vergleich des Fragebogens und der geführten Einzelinterviews, aber auch für die Bedeutung des biographischen Kontext und der Auswirkung anderer über den Fragebogen hinausgehender Outcomes, das im Rahmen der Inhaltsanalyse entwickelte Kategoriensystem mit seinen Codes und UnterCodes zur Hilfe genommen. (siehe Anlage)

3.2.1 Fragestellung 1

1. Wie bilden sich unterschiedliche, selbst berichtete Erfahrungen mit dem stationären Reha- Aufenthalt im „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation - somatischer Bereich“ aus der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung ab?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden die Aussagen aus dem Interview mit den Ergebnissen des zuvor ausgefüllten Fragebogens verglichen. Einige Patienten zeigen hier Übereinstimmungen zwischen dem Fragebogenergebnis und den später berichteten Eindrücken aus der Rehamaßnahme oder es besteht wenig bzw. kein Zusammenhang zwischen dem Fragebogenurteil und der späteren Sichtweise während des Interviews. An unterschiedlichen Fallbeispielen der Stichprobe können die Unterschiede der Erfahrungen verdeutlicht werden. Es werden hier die extremsten Fallbeispiele beschrieben, die übrigen Rehabilitanden sind dazwischen einzuordnen.

Übereinstimmungen von Fragebogen und Interviewergebnis stellen sich wie folgt dar.

An dem Beispiel einer Patientin (115) aus der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ lässt sich zunächst der Krankheitsverlauf mit Ausgangslage, der Weg zur Rehabilitationsmaßnahme, die Rehaerwartung, die Zeit in der Reha und die Reha selbst wie folgt beschreiben.

Die 49-jährige, verheiratete Frau, Mutter einer erwachsenen Tochter, leidet auf Grund ihrer langjährigen einseitigen Arbeit an einer Maschine seit ca. 30 Jahren unter rezidivierenden Rückenschmerzen. In den letzten sechs Jahren hat sich ihre Beschwerdesituation verschlechtert, so dass ihre Schmerzen zu

Bewegungseinschränkungen und Blockaden führen. Die sonst sehr aktive Frau, die in ihrer Jugend Turniertanz betrieben hat und regelmäßig Aerobic-Kurse besucht, bekomme zunehmende Angst vor Bewegung im Alltag, so dass sie letztendlich wegen ihrer Blockaden und Schmerzen ihr Sportprogramm ganz einstellt. Sie sucht Linderung ihrer Beschwerden durch Chirotherapie bei ihrem behandelnden Orthopäden und bekommt Physiotherapie verschrieben. Eine kontinuierliche Erleichterung ihrer Schmerzen kann dadurch nicht erreicht werden. Zu der Rehamaßnahme sei sie durch einen Hinweis eines Arbeitskollegen gekommen. Sie hat dann aus Eigeninitiative die Rehabilitation beantragt. (Code: Weg zur Reha) Da sie keine Vorstellungen hatte, was in der Klinik auf sie zukomme, sei sie „ganz unbefangen“ zur Reha gefahren. (Code: Rehaerwartungen, Massagen/„verwöhnt“ werden)

115: „.... Hauptsache ich bekomme ein paar Massagen, kann schön entspannen und ausruhen...“ (Interview Zeile 82) (Code: Rehaerwartungen)

Obwohl sie über ein sehr intensives Kraft- und Ausdauersportprogramm berichtet, werden ihre Vorstellungen und Ziele voll erfüllt. Sie weiß, dass sie selbst aktiv werden muss und nimmt an den Angeboten in der Rehaklinik engagiert teil. Sie profitiert von der Balneotherapie, dem Fitness- und dem Meditationstraining und erfährt in der Klinik „Hilfe zur Selbsthilfe“, vor allem an ihrem einseitigen Arbeitsplatz. Das Bild einer Optimetrie ihrer verschobenen Wirbelsäule sieht sie als Warnhinweis und Motivation zugleich. (Code: in der Reha) Sie lobt Therapeuten, Ärzte und ihr intensives Übungsprogramm. (Code: in der Reha/Positives in der Reha) Die Patientin kann schmerzfrei aus der Klinik entlassen werden und nimmt im Anschluss für ein halbes Jahr an einer medizinischen Trainingstherapie teil. (Code: Nach der Reha/Nachsorgeprogramm) Die in der Reha erlernten Übungen macht sie regelmäßig zu Hause in dem als vollständigem Fitnessraum umgebauten Kinderzimmer ihrer Tochter. Bei der Arbeit kann die motivierte Frau die erlernten Strategien umsetzen und weiß, wann sie dort eine kleine Pause einlegen muss, um sich zu dehnen oder eine Übung zu machen. (Code: Outcome, Untercode: Nach der Reha, Untercode: Transfer in den Alltag) Der Aufenthalt in der Rehaklinik nimmt einen großen Stellenwert in ihrem Beschwerdeverlauf ein. Sie habe sich ganz in die „Hände“ der Therapeuten und Ärzte dort gegeben.

115: „...es ging einfach nur um meinen Rücken...der war da gut

aufgehoben...“ (Interview Zeile 212)

Die fröhliche, aufgeschlossene Frau hat dort Hilfe zur Selbsthilfe erfahren und ihre Eindrücke und ihr Erlerntes in ihren Alltag zu Hause und am Arbeitsplatz transferieren können. Sie berichtet in dem geführten Interview stolz über ihre Erfolge in der Reha und freut sich über die Motivation und das viele Lob, welches sie dort von Therapeuten und Ärzten erhalten habe.

Das gewählte Motto aus dem Interview lautete,

„... nach der Kur fühlte ich mich einfach wie neu geboren...“. (Interview Zeile 58)

Der Vergleich mit ihrem Fragebogen stellt sich folgendermaßen dar. Sie antwortet in dem Fragebogen auf die Frage, „Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den vergangenen 4 Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?“, mit: im beruflichen „sehr gut“ und auch in der Freizeit mit „sehr gut“. Ihre körperlichen Probleme hatten sich hier stark gebessert. Sie beantwortet die Fragen, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?“ (S111), und, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S138) mit „stark gebessert“. Die Fragebogenergebnisse und der Eindruck aus dem geführten Interview mit der munter und zufrieden wirkenden, auch im Rückblick auf die Reha, dankbaren Frau stimmen bei diesen besonders positiven Fallbeispiel sehr eindrucksvoll überein.

Übereinstimmungen zeigen sich auch bei einem, aus dem Grund der besonders negativ erlebten Erfahrungen während der Rehabilitation und der damit verbundenen schlechten Bewertung im Fragebogen, ausgewählten Patienten (138) aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“. Die Beschreibung seines Krankheitsverlaufs aus dem Interview lässt sich anhand der Kategorie „Ausgangslage“ (Dauer der Rückenschmerzen, Stellenwert der Beschwerden, Hilflosigkeit durch die Beschwerden, Eigeninitiative zur Schmerzbekämpfung), mit den Codes „Dauer der Rückenschmerzen“, „Rentenantrag“, „eigene subjektive Hypothese über Entstehung“, „Arbeitsplatzprobleme“, beschreiben. Der 28-jährige, allein stehende Mann, der zurzeit als Lagerist arbeitet und abends studiert, leidet nach einem akuten Bandscheibenvorfall seit einem halben Jahr an

Rückenschmerzen. Die Beschwerden haben sich zunächst durch ein Kribbel- und Taubheitsgefühl in einem Bein bemerkbar gemacht. Die anschließende MRT-Aufnahme bestätigte die Diagnose einer Protrusion der Bandscheibe, die anfangs mit einer CT- gesteuerten Spritzen Therapie behandelt wurde. Sein Orthopäde empfahl außerdem Ruhe, Gewichtsreduktion und sprach sich für eine Reha Maßnahme aus. Der junge Mann erlebt einen durch die Schmerzen herbeigeführten Leistungsverlust im beruflichen und privaten Bereich, muss sein Hobby, das Turniertanzen, aufgeben und wird schließlich nach einem halben Jahr der Arbeitsunfähigkeit von seiner Krankenkasse zu seiner ersten Reha Maßnahme verpflichtet. Er habe im Vorfeld die Hoffnung, dort Hilfe zur Selbsthilfe zu erhalten und eine Linderung seiner Beschwerden zu bekommen. Da er an diversen Allergien, u. a. Chlorwasserallergie und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, einem Hypertonus und einem länger zurückliegenden Steißbeinbruch leidet, wurde die Zeit in der Rehaklinik von ihm als sehr unbefriedigend erlebt. In der Klinik seien die Therapeuten und Psychologen überhaupt nicht auf seine „Nebendiagnosen“ eingegangen und brachten ihm großes Unverständnis entgegen. (Code: In der Reha/Negatives an Reha/Personal) Der hilflos und verzweifelt wirkende junge Mann berichtet, dass seine Therapiepläne ungeachtet seiner Allergien aufgestellt wurden, und er so sein Therapieprogramm gar nicht ausführen konnte. Außerdem führten die Therapien an seinen Beschwerdebereichen vorbei. So erzählt er im Interview, dass er z.B. seine Fangopackung statt in den Lendenwirbelsäulen- in den Halswirbelsäulenbereich bekommen habe. Die Physiotherapie und das Muskelaufbautraining begannen für ihn erst in der letzten Woche und auch zuvor war durch die Weihnachts- und Silvesterfeiertage keine Kontinuität seiner ohnehin schon wenigen Anwendungen vorhanden. (Code: in der Reha/Negatives an Reha/Therapien)

138: „Also ich weiß noch nicht mal, ob das eine Rückenreha war, also viel für`n Rücken wurde da nicht getan.“ (Interview Zeile 167) (Motto der Fallvignette)

Mit seiner vielen Freizeit habe er auch nichts anfangen können, da selbstständiges Üben in der Klinik nicht möglich oder nicht erwünscht gewesen sei. Er habe sich die gesamten drei Wochen sehr unwohl in der Klinik gefühlt, auf seine Bedürfnisse und Erwartungen sei überhaupt nicht eingegangen worden.

138: „Ja, die Hölle auf Erden...“ (Interview Zeile 167)

Die wenigen Therapien, die er erhalten habe, waren für ihn nicht in seinen Alltag umsetzbar. Er habe kein Übungsprogramm mit nach Hause bekommen und fühle sich heute genauso hilflos mit seiner Schmerzsituation wie vor der Reha. Auch sein Schmerzmittelkonsum von zum Teil starken Analgetika (z.B. Tramal) sei nach der Reha gleich geblieben. Seine Schmerzen beschreibt er in dem Interview sogar als noch stärker als vor der Reha. In eine Rehaeinrichtung möchte er nie wieder. (Code: Outcome/Nach der Reha/Nachsorgeprogramm/Transfer in den Alltag/Schmerzsituation/Verschlechterung)

138: „.....das wird auch mein letzter sein, das habe ich auch gleich geschrieben an die Rentenversicherung, die brauchen bei mir nicht mehr kommen, ich möchte in keiner ihrer Etablissements mehr rein, ne,...weil da habe ich wirklich so`n Satz geschrieben in dem Brief, so verarscht und eh missbraucht, habe ich mich noch nie gefühlt...misshandelt!“ (Interview Zeile 252)

Während des Interviews entstand der Eindruck, dass er erleichtert war, seinen Unmut über die Zeit der Rehabilitation noch einmal äußern zu können, in der Hoffnung, es würde sich etwas in der von ihm besuchten Klinik ändern.

Im Fragebogen beurteilt der Patient sein Leistungsvermögen in den vergangenen 4 Wochen auf der Skala von 0-10 im Beruflichen mit 3 und in der Freizeit mit 8. Die gute Bewertung des Leistungsvermögens in der Freizeit erklärt sich weder aus dem Fragebogen, noch aus dem Interview. Der Patient berichtet hier über seine Einschränkungen im privaten Bereich.

138: „ Tja, ich kann halt nicht mehr die Übungen machen, ne. Was man eigentlich sonst so macht, also Standard Latein, ist vorbei, geht nicht, krieg ich nicht hin...“ (Interview Zeile 50)

oder

138: „ also wenn ich jetzt ganz normal ins Auto steige, ne länger Zeit fahre und wieder aussteige, Opa achtzig steigt aus dem Auto, ja. Eh ich dann wieder hoch komm, hab ich dann eher so`n Druckschmerz, links zum Ischias und gespannte Muskulatur hinten. Ja, wie ein Wadenkrampf fühlt sich das an.“ (Interview Zeile 52)

Schmerzen (S 111), körperliche Probleme und deren Auswirkungen auf ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben (S121) und die gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S138) stellten nach seinen Angaben

vor der Rehabilitation kein Problem für ihn dar.

Diese Diskrepanz ist erst im Rahmen der Auswertung aufgefallen und die Beurteilung durch den Patienten nicht mehr nachzuvollziehen. Die anderen Fragen des Fragebogens, die die Stärke von Kreuzschmerzen erfassen (S75, S91), zeigen, dass der Patient „ziemlich“ an Kreuzschmerzen gelitten hat und sich diese nicht verändert haben.

Der Eindruck eines hilflosen Mannes aus dem Interview, der nur mit schlechten Erinnerungen an die Rehamäßnahme zurückdenkt, kann hier in der Gesamtbeurteilung der Reha erkennbar gemacht werden.

Um die Differenz des Fragebogen- und des Interviewergebnisses anhand eines Beispiels eines Patienten aus der Gruppe der „generell Erfolgglosen“ zu verdeutlichen, bietet sich folgender Fall (129) eines 58-jährigen, verheirateten Mannes an, der seit ca. 20 Jahren an Rückenschmerzen leidet und der hier ausgewählt wurde, da sich die Differenz zwischen Fragebogenergebnis und anschließendem Interview besonders gut verdeutlichen lässt. Seine Beschwerden im Lendenwirbel- und Schulterbereich seien plötzlich aufgetreten. Im Bereich des 4./5. Lendenwirbels habe er vor Jahren einen Bandscheibenvorfall erlitten. Die Beschwerden erklärt sich der träge wirkende Mann mit alters- bzw. arbeitsbedingten Abnutzungserscheinungen. (Code: Ausgangslage/eigene, subjektive Erklärung für die Entstehung von Schmerzen) Zusätzlich leidet er seit ca. 30 Jahren an Angst- und Panikstörungen. Gegen seine Rückenschmerzen habe er von seinem behandelnden Orthopäden und Hausarzt Physiotherapie, Massagen und Spritzen verschrieben bekommen. Er sei ständig auf der Suche nach einer geeigneten Therapie gegen seine Beschwerden, bisher aber ohne Erfolg. (Code: Ausgangslage/Eigeninitiative zur Schmerzbekämpfung) In seinem Beruf als Maler und Lackierer fühle er sich sehr eingeschränkt, besonders die Arbeiten über Kopf bereiten ihm Probleme. Vor der Rehabilitation war er wegen „Schlechtwetter/Winterpause“ arbeitslos. In seiner Freizeit sei er nicht beeinträchtigt, da er keine Hobbys habe und auch sonst angibt, nicht viel zu unternehmen. (Code: Ausgangslage/Stellenwert der Beschwerden im Alltag) Die Rehamäßnahme wird von seinem behandelnden Arzt in die Wege geleitet. (Code: Weg zur Reha/Idee des behandelnden Arztes) Seine Erwartungen wirken eher verhalten, er möchte eine Linderung seiner Schmerzen und eine größere

Beweglichkeit erreichen. (Code: Rehaerwartungen/Schmerzlinde rung/Mobilität) Er hat zuvor an drei Rehamaßnahmen auf Grund seiner psychosomatischen Diagnosen teilgenommen.

In der Klinik beinhaltet sein Therapieangebot Bäder, Nordic Walking, Rückenschule und -gymnastik. Er beschreibt seinen Tagesablauf in der Reha als „zu stressig“. (Code: in der Reha/Negatives an Reha/Therapien) An einigen Übungen der Rückengymnastik kann er nicht teilnehmen, da er entweder währenddessen oder im Anschluss eine Verschlechterung seiner Schmerzen verspürt. Die Therapieabfolge und -menge seien ihm zu viel gewesen. Außerdem hat er Psychotherapie in der Gruppe bekommen, welche er besonders positiv in Erinnerung behalten hat. In der Klinik fühlte er sich sehr wohl und rundum gut betreut. Für 1-2 Wochen kann er eine Linderung seiner Beschwerden während der Reha erfahren, die er allerdings im Anschluss nicht aufrechterhalten kann. An einen Erfolg der medizinischen Rehabilitation glaubt er nicht. (Code: Outcome/Schmerz situation/während Reha Besserung, danach Rückfall in Ausgangslage)

129: „Ich glaube ein Rehaerfolg gibt das glaub ich gar nicht. Ich glaub das gibt`s nicht...ich kann nicht sagen, ich komm mit Rückenschmerzen hin und geh ohne wieder, das gibt`s nicht. Genau wie mit den Nerven, das geht auch nicht“ (Interview Zeile 346)...“Ich muss das mehr akzeptieren, gesund kommen sie hier nicht wieder raus, ich muss damit leben können...” (Interview Zeile 354)

Die Reha hat für den antriebs- und teilnahmslos wirkenden Mann einen geringen Stellenwert in seinem Beschwerdeverlauf. Er hat für sich nichts aus der Reha in seinen Alltag transferieren können und es scheint, als wäre die Wichtigkeit seiner Rücken- und Schulterschmerzen von seinen psychosomatischen Problemen überschattet, die ihm einen weitaus stärkeren Leidensdruck verschaffen. Das Motto der Fallvignette dieses Patienten lautet,

„...nach der Reha war ich eigentlich kaputter als vorher...” (Interview Zeile 39)

„...ich habe nur Schmerzen gehabt...” (Interview Zeile 42)

Die Auswertung des Fragebogens zeigt hingegen ein anderes Ergebnis der zuvor berichteten Eindrücke aus dem Interview.

Die Frage, „Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den vergangenen vier

Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?“, beantwortete der Rehabilitand, auf einer Skala von 0-10, im Beruf mit 5 und in der Freizeit auch mit 5. Auf die Frage, ob sich die körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf die beruflichen oder häuslichen Aufgaben durch die Rehabilitation verändert haben (S121), antwortete der Patient in dem Fragebogen, dass sich seine körperlichen Probleme durch die Rehabilitation „nicht verändert“ haben. Auch die Fragen nach der Veränderung der gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S138) und der Schmerzen (S111) durch die Rehabilitation wurden mit „nicht verändert“ beantwortet.

Es bildet sich im Fragebogen weder die im Interview berichteten Verschlechterungen seiner Schmerzen („ich habe nur Schmerzen gehabt“), noch die kurzzeitige Verbesserung der Schmerzsituation nach der Reha ab.

Inwieweit die selbst berichteten Erfahrungen der Rehabilitation auf Gruppenebene mit dem Fragebogen übereinstimmen, soll im Folgenden geklärt werden. Es werden die Erfolgsebenen des Fragebogens (Schmerzen, körperliche Missempfindungen, Alltagsaktivitäten, psychisches Befinden, berufliche Teilhabe und Konsum von Alltagsdrogen/Medikamenten) mit den Eindrücken des Interviews verglichen. Einen Überblick über die Ergebnisse des Fragebogens in den verschiedenen Gruppen gibt die folgende Tabelle 5.

Outcome-Bereich	zugehörige Veränderungs-items	Gruppe der „generell Erfolgreichen“	die mittlere Gruppe	Gruppe der „generell Erfolglosen“
Schmerzen				
Kreuzschmerzen (S91)	gebessert nicht verändert verschlechtert nicht angekreuzt	6 0 0	1 4 0	0 7 1
Muskelschmerzen (S95)	gebessert verschlechtert nicht verändert vor Reha kein Problem nicht angekreuzt	3 0 2 0 1	0 0 4 1	0 1 6 1
Schmerzen allg. (S111)	stark gebessert etwas gebessert nicht verändert stark verschlechtert vor Reha kein Problem	3 3 0 0	0 4 0 0 1	0 0 3 1 4
Körperliche Miss-empfindungen				
Schwächegefühl in Körperteilen (S105)	gebessert nicht verändert verschlechtert vor Reha kein Problem nicht angekreuzt	2 1 0 2 1	0 3 0 2	0 7 1 0
Schweregefühl in Armen/Beinen (S107)	gebessert nicht verändert verschlechtert vor Reha kein Problem nicht angekreuzt	2 1 0 2 1	0 3 0 2	0 6 1 1
Taubheit/Kribbeln in Körperteilen (S101)	gebessert nicht verändert verschlechtert vor Reha kein Problem nicht angekreuzt	3 2 0 1	1 4 0 0	0 4 1 2 1

Outcome-Bereich	zugehörige Veränderungs-items	Gruppe der „generell Erfolgreichen“	die mittlere Gruppe	Gruppe der „generell Erfolgreichen“
Alltagsaktivitäten				
Einschränkung Alltagsaktivitäten (S138)	stark gebessert etwas gebessert nicht verändert stark verschlechtert vor Reha kein Problem	3 3 0 0	0 2 2 0 1	0 0 4 1 3
Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf Alltag (S121)	stark gebessert etwas gebessert nicht verändert stark verschlechtert vor Reha kein Problem	2 3 0 0 1	0 2 1 0 2	0 0 3 1 4
Auswirkungen seelischer Beschwerden auf Alltag (S126)	stark gebessert etwas gebessert nicht verändert etwas verschlechtert vor Reha kein Problem	0 2 0 0 4	0 3 0 0 2	0 0 2 1 4
Psychisches Befinden				
Erschöpfung/ Müdigkeit (S69)	stark verbessert etwas gebessert nicht verändert etwas verschlechtert vor Reha kein Problem	2 2 0 0 2	0 1 2 0 1	0 0 3 1 4
Nervosität/ Niedergeschlagenheit (S71)	stark verbessert etwas gebessert nicht verändert etwas verschlechtert vor Reha kein Problem	1 1 0 0 3	0 2 2 0 1	0 1 2 1 4
Berufliche Teilhabe				
Arbeits(un)fähigkeit (S150)	arbeitsfähig arbeitsunfähig wegen des für die letzte Reha wichtigen Leidens	4 2 1	2 2 2	4 4 4

Rentenantrag (S157)		keiner	1	1
Gedanke an Rentenantrag (S158)		keiner	keiner	3
Konsum von Alltagsdrogen / Medikamenten				
Konsum von...Zigaretten (S141)		40/d (1x)	20/d (1x) 25/d (1x)	18/d (1x) 21/d (1x) 24/d (1x)
...Alkohol (S143)	2-4x/Woche 2-4x/Monat seltener überhaupt nicht	1 0 4 1	0 0 0 5	2 1 3 2
...Schmerzmitteln (S146)	(fast) jeden Tag 2-4x/Woche 2-4x/Monat seltener überhaupt nicht	1 0 0 0 2	3 0 0 0 2	2 3 1 2 0
...Schlaf-/Beruhigungsmitteln (S147)	(fast) jeden Tag 2-4x/Woche seltener überhaupt nicht	0 0 0 6	1 1 0 3	1 0 1 4

Tabelle 5: Outcome- Dimensionen der unterschiedlichen Gruppen

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den geführten Interviews, lassen sich für die unterschiedlichen Gruppen folgende Feststellungen machen.

Die positiven Erfolgsbewertungen der „generell erfolgreichen“ Patienten in dem Interview bilden sich im Fragebogen ab. Sie können ihre Leistungsfähigkeit steigern, erfahren Linderung ihrer Beschwerden und schaffen es, in der Rehaklinik Erlerntes in den Alltag zu transferieren. Alle Personen dieser Gruppe blicken mit positiven Gefühlen auf die Maßnahme zurück.

Die geführten Interviews der Gruppe der „generell Erfolgrlosen“ lassen Übereinstimmungen zwischen den berichteten negativen Erfahrungen in der Rehaklinik und den Ergebnissen der Outcome- Bereiche aus dem Fragebogen zu. Die Patienten haben im Nachhinein durch die Rehabilitation keine Verbesserung ihrer Schmerzen erfahren und berichten dies auch in den Interviews. Außerdem fällt auf, dass sich bei keinem der anderen Veränderungsisems eine positive

Entwicklung abgezeichnet hat. In den Interviews räumen allerdings einige Patienten ein, während der Rehamaßnahme eine Linderung der Rückenschmerzen gespürt zu haben, die dann nicht aufrechterhalten werden konnte (106, 108, 113, 116).

Interviewer: „...aber haben sich ihre Schmerzen etwas gebessert?“

108: „Ja, für kurze Zeit nach der Reha, aber dann,...“ (Interview Zeile 187, 188)

oder,

116: „...sicher war man freier, sach ich mal im Allgemeinen, Nackenbereich und so...das hat schon ein bisschen was gebracht...“ (Interview Zeile 157)

Im Vergleich zu den mit dieser mittleren Gruppe geführten Interviews, bildet der Fragebogen den Outcome-Bereich der Schmerzen nur teilweise ab. Es gibt mehr als einen Patienten (128), dessen Kreuzschmerzen sich durch die Rehabilitation verbessert haben (110, 119), auch wenn diese Linderung nach der Reha nicht aufrechterhalten werden konnte.

110: „...ich hatte das Gefühl, als ich von der Kur zurück kam, war`s besser mit den Rückenschmerzen, klar.“ (Interview Zeile 134)

oder,

Interviewer: „...und die Schmerzen, sind die dann ein bisschen runtergegangen?“

119: „Da ging das, immer danach.“ (Interview Zeilen 188-189)

Auch bei dem Item „die Verbesserung des Schwächegefühls in Körperteilen“, welche im Fragebogen von keinem der Patienten mit „gebessert“ bewertet wurde, finden wir in den Interviews Differenzen, denn für einen Rehabilitanden (105) ist die Verbesserung seiner Schwäche ein besonders positiver Punkt bei dem Outcome seiner Rehabilitation.

105: „...also wie gesagt, gerade diese Schwäche hat nachgelassen.“ (Interview Zeile 185)

Auch in dieser Gruppe gibt es Patienten, die zwar während der Reha eine Schmerzlinderung erfahren haben, diesen Zustand aber später nicht aufrecht halten konnten.

110: „Ja, ich sag ja, am Anfang, es wurde besser und da hatte ich auch ein gutes Gefühl, so und denn bin ich nach Haus gefahren und einmal die Woche eben ins Rehazentrum und jetzt sind die Schmerzen doch wieder

da...“ (Interview Zeile 167)

oder,

128: „Ja, die Rückenschmerzen sind viel besser geworden...“ (Interview Zeile 129)

Zu den Veränderungen der Alltagsaktivitäten, die sie im Fragebogen mit „etwas gebessert“ beurteilt, sagt sie im Interview,

128: „...nach der Reha war alles viel besser und dann später ist das wieder manchmal besser, manchmal schlechter, manchmal ganz schlecht...“ (Interview Zeile 137)

Es entsteht in diesem, aber auch in anderen geführten Interviews der Eindruck, dass die Patienten in dem Gespräch ihre Rehaerfolge positiver darstellen als sich das in der Beantwortung des Fragebogens äußert. Eine Erklärung hierfür könnte der späte Zeitpunkt der Befragung sein, da mit der Zeit negative Erfahrungen verblasen und Positives besser erinnert wird.

3.2.2 Fragestellung 2

2. Welche Bedeutung hat der Rehaaufenthalt im biographischen Kontext des Krankheitsverlaufs und der erfahrenen Behandlung?

Die Bedeutung der Maßnahme nimmt bei den interviewten Patienten sehr unterschiedliche Stellenwerte ein. Um die Einordnung der Reha in den Krankheitsverlauf zu verdeutlichen, kann die Ausgangslage der Beschwerden je eines Patienten aus einer der drei Gruppen mit den Rehaerfahrungen und dem Outcome des Patienten verglichen werden. Es sei vorweg darauf hingewiesen, dass die ausgewählten Rehabilitanden extreme Verläufe charakterisieren und die überwiegende Anzahl der Interviewten dazwischen einzuordnen ist.

Eine 49-jährige, verheiratete Patientin (109), die zu der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ gehört, leidet seit sieben Jahren an Rückenschmerzen. Sie berichtet über „Hexenschüsse“, die anfangs nur etwa einmal im Jahr, im Beschwerdeverlauf aber in immer kürzeren Abständen auftreten. Vor der Reha leidet sie so gut wie ständig an Rückenschmerzen, die sie selbst mit Salben oder durch Chirotherapie ihres Arztes therapiert. Ihr Orthopäde verschreibt ihr Physiotherapie und Massagen, die sie als hilfreich und angenehm empfindet.

Leider kann keine dauerhafte Linderung ihrer Schmerzsituation erreicht werden. An manchen Tagen sei die tapfer wirkende Frau durch ihre starken Schmerzen gezwungen, im Bett zu bleiben.

Durch ihre einseitige, schwere Arbeit als Lagerarbeiterin am Fließband sind ihre Rückenschmerzen für sie zur Alltäglichkeit geworden, mit denen sie versucht, sich zu arrangieren. Ihrer Arbeit gehe sie, unabhängig von ihren Beschwerden, regelmäßig nach. Neben ihrem Haushalt und dem Garten hat sie nicht viele Hobbys, sie bemüht sich, ab und zu Fahrrad zu fahren.

Den Antrag zur Reha hat die Patientin zusammen mit ihrem Mann gestellt, nachdem dieser an der Schulter operiert wurde. Ihr behandelnder Arzt und die Rentenversicherung befürworteten den Rehaaufenthalt, den sie zwei Wochen später gemeinsam antreten. Ihre Erwartungen an die Reha sind im Vorfeld recht hoch.

109: „...ich hatte nur Hoffnung gehabt, dass das alles schnell vorbei mit meinen Schmerzen, und so weiter und so fort...“

Interviewer: „also, sie hatten sich Ziele gesetzt, wie das so...“

**109: „Ja, ich habe gesagt, dass muss helfen, das geht nicht anders...“
(Interview Zeile 107-109)**

Ansonsten äußert sie keine konkreten Vorstellungen, wie ihr erster Rehaaufenthalt verlaufen sollte. Die Reha konzentriert sich auf ihre Rückenschmerzen und ihr Tagesprogramm in der Klinik ist gefüllt mit Muskelaufbautraining, Physiotherapie, Massage, Entspannungstherapie, Bewegungsbädern und Rückenschule. Ihr Mann und sie sind sehr zufrieden mit dem Tagesablauf und der Klinik im Allgemeinen. Während der Zeit erfährt sie eine Besserung ihrer Rückenschmerzsymptome. Den Aufenthalt beschreibt sie mit den Worten:

109: „... war erste und schönste Zeit, so zu sagen...“ (Interview Zeile 243)

Leider kann sie das in der Rückenschule Erlernte nicht in ihren Arbeitsalltag umsetzen, da sie am Fließband nicht die Möglichkeit hat, dieses anzuwenden.

Negativ äußert sie sich nur über die schlechten Reinigungskräfte in der Klinik, die Sauberkeit habe ihr nicht gefallen.

Nach der Reha sind ihre Rückenschmerzen nicht mehr ganz so stark wie vorher, ihre Beschwerden haben sich auf einem niedrigen Niveau eingependelt. Im Anschluss an die Rehamaßnahme besucht sie mit ihrem Mann für ein halbes Jahr zwei Mal die Woche ein Nachsorgeprogramm zum medizinischen Aufbautraining

in einer Klinik in ihrer Nähe. Ihr ist bewusst, dass sie selbst etwas für ihre Gesundheit unternehmen muss und hat sich ein Zimmer im Haus für ihre in der Klinik erlernte Gymnastik eingerichtet. Darüber hinaus bemüht sie sich jeden Abend mit ihrer Nachbarin Fahrrad zu fahren.

An die Reha denkt sie mit positiven Gefühlen zurück, sie habe sie auf den richtigen Weg gebracht und ihr gezeigt, was sie selbst unternehmen muss, um ihre Beschwerden zu kontrollieren. Im Krankheitsverlauf nimmt die Rehamaßnahme dadurch einen hohen Stellenwert für die diszipliniert wirkende Frau ein, obwohl sie immer noch unter ihren Schmerzen leidet.

Der biographische Kontext des Krankheitsverlaufs einer Rehabilitandin (108) aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ und ihrer erfahrenen Behandlung in der Reha lässt sich im folgenden mit der Ausgangslage, dem Weg zur Reha, den Rehaerwartungen, der Reha selbst und dem Outcome veranschaulichen.

Die 45-jährige, verheiratete Mutter einer erwachsenen Tochter leidet seit ca. zehn Jahren an Rückenschmerzen und seit vier Jahren an linksseitigen Schulterschmerzen. Darüber hinaus hat sie Arthrose in beiden Kniegelenken. Von ihrem behandelnden Orthopäden bekommt sie Spritzen und er verschreibt ihr Physiotherapie. Beide Therapiemöglichkeiten können keine Linderung ihrer Beschwerden erreichen. Als sie zur Diagnostik ihrer Rückenschmerzen im Krankenhaus ist, wird ihr eine inoperable Bandscheibenprotrusion und eine Spinalkanalverengung im Halswirbelsäulenbereich bestätigt. Ihr Ehemann versteht die Diagnose falsch, in dem er annimmt, es gebe gar keine Ursache für ihre Schmerzen. Sie fühlt sich ein dreiviertel Jahr von ihm missverstanden, bis sich die Fehleinschätzung seinerseits aufklärt und er versteht, dass „inoperabel“ nicht gleich zu setzen ist mit „keine Diagnose“.

Ihre Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, besonders in der Schulter, beeinträchtigen sie im häuslichen und beruflichen Alltag sehr. Sie kann nachts vor Schmerzen und Taubheitsgefühlen im Arm nicht schlafen. Die ausgebildete Rechtsanwaltsgehilfin, die zuletzt als Reinigungskraft gearbeitet hat, kann ihre Berufe nicht mehr ausführen und ist bis zur Rehamaßnahme 1,5 Jahre arbeitsunfähig geschrieben. Nach einem abgelehnten Rentenantrag und einer ärztlichen Untersuchung der Rentenversicherung, verpflichtet sie diese zu ihrer zweiten Rehabilitation. Von dem Rehaaufenthalt erwartet sie, dass sich ihre

Schmerzsituation verbessert und sie ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen kann. Sie betont immer wieder, dass sie sehr gerne wieder arbeiten möchte. Es scheint, als habe sie mehr Hoffnung auf Besserung ihrer Beschwerden, als noch bei ihrem ersten Aufenthalt in einer Rehaklinik.

108: „Ich habe jetzt gedacht, na, gut, ist jetzt ne andere Klinik, ist ne reine orthopädische Rheumaklinik, dass die eventuell in irgendeiner Form mal gucken, das können wir ändern, oder das können wir ändern,...“ (Interview Zeile 78)

In der Klinik fühlt sie sich nicht wohl, sie ist einsam, empfindet die Therapien, die ihr dort verordnet werden, als nicht auf ihre vielseitigen Beschwerden zugeschnitten und berichtet von verständnislosen Ärzten, mit denen sie wiederholt in Konflikt über ihre medikamentöse Therapie gerät.

108: „...sie sind, im Grunde genommen ist es nichts anderes wie ein Knast...“ (Interview Zeile 202)

Ihren Tagesablauf beschreibt die Patientin als unregelmäßig, einige Tage wären ihr zu „voll“ gewesen, an anderen hatte sie wiederum zu wenig Anwendungen. Außerdem bemängelt sie die knapp bemessene Zeit zwischen den Therapien, in denen sie Mühe hat, die weiten Wege in der Klinik zurückzulegen. Keine der Anwendungen in der Klinik kann ihre Schmerzen lindern. Sie erhält Bäder, Moorpackungen, Physiotherapie und Massagen. An vielen Therapieangeboten kann sie aufgrund ihrer Arthrose der Knie nicht teilnehmen. Ein positives Urteil fällt sie nur über die Entspannungstherapie und das Aquajogging. Letzteres bekam scheinbar eine positive Wertung von ihr, da man dabei besonders viele Kalorien verbrennen könne. Darüber hinaus beschreibt sie die Klinik mit Personal, Verpflegung und Unterbringung als „in Ordnung“. Von den Ärzten fühle sie sich im Allgemeinen, aber besonders in der Rehaklinik, nicht ernst genommen.

Im Vergleich zu ihrer ersten Reha, wo sie etwas mehr Krafttraining absolvierte und sie das Gefühl hatte, dass die Ärzte und Therapeuten besser auf sie und ihre Beschwerden eingehen würden, kann sie keinen großen Unterschied zwischen beiden Kliniken feststellen. Gegen Ende des Interviews räumt sie jedoch ein, ein bisschen Linderung der Beschwerden für eine kurze Zeit nach der Reha erfahren zu haben. Arbeitsunfähig sei sie leider weiterhin.

Als einzigen Grund, noch mal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, sagt sie:

109: „Also, ich sage ihnen genau, warum ich es noch einmal machen würde, weil ich der Rentenversicherung beweisen muss, dass ich wirklich, dass ich will, aber das es nicht geht.“ (Interview Zeile 198)

Die Reha hat für die ansonsten stark und abgeklärt wirkende Frau insofern eine große Bedeutung erhalten, da sie dadurch, wie sie sagt, ihre Arbeit verloren habe.

109: „Durch die Reha habe ich meinen Job verloren, ja, das ist richtig. Weil die mich ja gezwungen haben da hinzugehen. Hätte ich die Reha abgelehnt, hätten die natürlich gesagt, „Wat? Sie wollen die Reha nicht, na, dann sind sie auch nicht krank.“ Also musste ich dahin. Und deswegen hat meine Firma gesagt: und Tschüss! Klasse, ne?“ (Interview Zeile 152)

Für die Beschwerden habe ihr die Rehamaßnahme eine kurzfristige Verbesserung ihrer Beschwerden gebracht.

109: „Ja, für kurze Zeit nach der Reha aber dann...“ (Interview Zeile 188)

Ansonsten betont sie immer wieder:

109: „Gebracht hat mir weder die erste noch die zweite Reha was. Gar nichts. Absolut nichts.“ (Interview Zeile 200)

Sie wirkt hilflos, verzweifelt und zum Teil auch wütend mit und über ihre Schmerzsituation und den damit verbundenen Einschränkungen. Es entstand der Eindruck, dass die sonst fröhliche, im Leben stehende, tapfer wirkende Frau, durch ihre ständigen Beschwerden zermürbt würde. Dieser Eindruck spiegelt sich in der Gesamtbeurteilung der medizinischen Rehabilitation wieder.

Keine große Bedeutung hat die Rehabilitation für den biographischen Kontext eines weiteren Patienten aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ (136). Der 50-jährige verheiratete Klempner leidet seit ca. zehn Jahren an rezidivierenden Rückenschmerzen. Als einen möglichen Auslöser seiner Beschwerden sieht er die Belastung des Rückens durch seine Arbeit und die Verkürzungen der Muskulatur. Um seinen Schmerzen Linderung zu verschaffen, gehe er regelmäßig zum Orthopäden, lasse sich „einrenken“, Krankengymnastik und Tabletten verschreiben. Über seine Arbeit berichte er, dass er seinen Beruf gerne ausübe und Spaß daran habe. In seiner Freizeit gehe er regelmäßig ins Fitnessstudio. Zu seiner ersten stationären Reha sei er durch eine Vorsorgeuntersuchung der Berufsgenossenschaft gekommen. Er erhofft sich in der Klinik neben Fango und Massagen eine intensive physiotherapeutische Einzeltherapie mit einem

Dehnungsprogramm gegen seine muskulären Verkürzungen. Die Reha bietet ihm überwiegend Gruppentherapien im Bewegungsbad und im Kraftraum an. Eine Einzeltherapie vermisste er. Ansonsten ist er mit der Klinik sehr zufrieden, er lobt die Organisation, Unterbringung, Verpflegung und das freundliche Personal. Ausschlaggebend für seine positive Rehabewertung scheint für ihn allerdings die nette Gruppe von anderen Rehabilitanden zu sein. An seinen bisherigen Arbeitsabläufen oder Hobbys habe sich durch die Reha nichts verändert. Er gehe weiterhin regelmäßig ins Fitnessstudio und mache generell viel Sport. Für die Dehnungsübungen, die aus seiner Sicht wahrscheinlich das Auftreten der rezidivierenden Wirbelblockaden vermindern würden, fehle ihm weiterhin die Motivation.

136: „Ja, das ist leider so das Problem, man weiß was das ist, wie man das auch beheben kann, aber wenn keine Schmerzen da sind, macht man die Übungen nicht mehr.“ (Interview Zeile 199)

Das Angebot der Rentenversicherung, an einem Nachsorgeprogramm teilzunehmen, habe er abgelehnt, da er nach seiner Aussage regelmäßig selbst Krafttraining im Studio betreibe und dafür dann nicht auch noch Zeit habe. Eine Erleichterung durch die Rehamaßnahme am Arbeitsplatz oder im häuslichen Bereich verspüre er nicht. Der Rehabilitand berichtet, dass er in seinen schmerzfreien Phasen sein Übungsprogramm vernachlässige, in dieser Zeit fehle ihm die Kontinuität. Die Reha hat keinen Stellenwert in seinem Krankheitsverlauf erhalten. Seine Schmerzsituation habe sich nicht verändert.

136: „...da war es schön, die drei Wochen, aber die Schmerzen sind nicht besser geworden, oder schlimmer geworden, oder besser geworden.“ (Interview Zeile 278)

Er habe keine für ihn neuen Übungen mit nach Hause nehmen können und er vermittelt den Eindruck, dass ihm bewusst sei, was gegen seine Beschwerden helfen würde. Die Rehamaßnahme habe ihm keine neuen Therapieoptionen zur Linderung seiner Rückenschmerzen geschaffen.

Um den biographischen Kontext an dem Beispiel eines Patienten (105) aus der mittleren Gruppe (die „basal Erfolgreichen“, die „Schmerzreduzierten“ und die „psychisch und im Alltag Stabilisierten“) abzubilden, bietet sich folgender Rehabilitand an.

Der 46-jährige, verheiratete Vater einer Tochter leidet seit sieben Jahren an Rückenschmerzen. Seine Beschwerden seien plötzlich durch einen „Hexenschuss“ aufgetreten. Mit Hilfe von Schmerzmedikamenten und Spritzen Therapie seines behandelnden Arztes konnte er seine Schmerzen mehrere Jahre erträglich halten. Er bekam zusätzlich Massagen und Physiotherapie, welche seine Beschwerdesituation nur minimal lindern konnten. Seit zwei Jahren hat er zusätzliche Schulter- und Kopfschmerzen. Die Rückenschmerzen wurden im Verlauf so stark, dass er „fast ohnmächtig“ dabei wurde. Er lernt, mit seinen Schmerzen zu leben, nur sein starker Schwindel ist für ihn unerträglich und auch für seinen Beruf als Kranführer lebensgefährlich. Er leidet an Angstzuständen an seinem Arbeitsplatz und kämpft um den Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit. Er ist erleichtert darüber, dass ihn seine Arbeitskollegen schon aus der Zeit vor seinen Beschwerden in als fleißigen Mitarbeiter kennen. Offensichtlich wird er von Seiten seiner Arbeitsstelle unterstützt, auch wenn er immer wieder stunden- oder tageweise ausfällt.

Zur Reha sei er eher zufällig, im Rahmen einer betriebsärztlichen Untersuchung, gekommen. Der Mediziner hatte ihn über die Möglichkeit der Reha informiert.

Er hatte keine Vorstellung, was ihn in der Klinik erwarten würde. Er wünscht sich eine Verbesserung seiner Schwindelsymptomatik und möchte seine Muskelkraft steigern. Im Bezug auf seine Rückenschmerzen hat er wenig Hoffnung.

105: „...das heißt also, das Schmerzen bleiben, kann man nichts machen praktisch...“ (Interview Zeile 86)

Die Rehabilitation selber beschreibt er überwiegend positiv. Sein Therapieplan bestand aus Muskelaufbautraining, Physiotherapie, Solebad und Rückenschule. Die Anwendungen haben ihm sehr gut getan. Besonders lobt er aber die Gespräche mit einem Psychologen, die er dazu nutzen wollte, die Angst um seinen Job zu besiegen. Er habe ihm Mut gemacht und geholfen, seine Ängste am Arbeitsplatz zu überwinden. Gelobt wird von ihm außerdem die Klinik mit Organisation, Verpflegung und dem Personal, das habe ihm alles sehr gut gefallen.

Negativ berichtet er über die bauarbeiterspezifische Rückenschule, die er als überflüssig bezeichnet. Insgesamt beschreibt er den Tagesablauf in der Klinik als „zu stressig“.

Seine muskuläre Schwäche, seine Rückenschmerzen und sein Schwindel haben

in der Zeit des Rehaaufenthaltes nachgelassen. Im Anschluss hatte er die Möglichkeit für acht Wochen an einem medizinischen Aufbautraining teilzunehmen, was ihm sehr gut getan habe. Sehr glücklich habe ihn gemacht, dass er die erste Zeit bei der Arbeit nach der Reha schwindel- und angstfrei auf seinen Kran steigen konnte. Leider hat dieser Zustand nicht angehalten und er berichtet von erneuten Schwindelattacken am Arbeitsplatz. („ich dachte ich kippe im Kran um.“)

Zu Hause macht er regelmäßig seine in der Reha erlernten Übungen, geht Schwimmen und fährt Rad. Seine Rückenschmerzen und der Schwindel sind trotzdem wieder aufgetreten. Er nimmt täglich Schmerzmittel und geht oft zum Arzt. Trotz seiner Schmerzen, der Schwindelanfälle und den damit verbundenen Angstzuständen am Arbeitsplatz hat ihn die Rehamaßnahme motiviert, sich selbst ein Übungsprogramm zu schaffen und neuen Mut für seine berufliche Situation zu sammeln. Der freundliche, aufgeschlossene Mann tut viel für seine Gesundheit und hofft auch nach der Reha auf eine Linderung seiner Beschwerden, obwohl er zeitweise sehr frustriert und traurig wirkt über seinen Zustand.

Obwohl sich seine Situation nach der Reha wieder in seine Ausgangslage zurück verschlechtert hat, blickt er sehr positiv auf die Zeit in der Klinik zurück. Die Maßnahme konnte ihm die Hoffnung auf Schmerz- und Schwindellinderung geben, wenn auch nur für eine kurze Zeit. Nach der Reha kann er Zufriedenheit empfinden.

105: „...vorgestern war so schlimm, jetzt ist wieder besser, deswegen kann ich nichts so sagen, es ist gleich schlimm geworden. Ich bin einfach zufrieden...“ (Interview Zeile 241)

Im Vergleich zu der gesamten Stichprobe kann der biographische Kontext der verschiedenen Gruppen dargestellt werden. Die Differenzen der unterschiedlichen Outcomes auf Gruppenebene lassen sich wie folgt beschreiben.

Auf der einen Seite sehen wir Rehabilitanden aus der Gruppe der „generell Erfolgreichen“, die aus eigenem Antrieb ihre Beschwerden verbessern möchten. Sie sehen die Reha als eine Chance zur Verbesserung der Schmerzsituation und erwarten eine Hilfe zur Selbsthilfe (107, 115, 131, 139). Von den sechs Interviewten aus dieser Gruppe kam bei nur einem Patienten die Initiative zu der Rehamaßnahme von seinem Arzt (122).

107: „...versuche in der Kur dir weitere Hilfen zu holen, was du in deinem persönlichen Programm, was du dort machst, was du schon in Absprache mit Ärzten und den Trainern dort machst. Zu überprüfen, das ist richtig, was kannst du auch noch weiter verbessern. Das war die Zielvorgabe, und die andere Zielvorgabe war wie gesagt auch viel für mich zu tun.“ (Interview Zeile 62)

oder,

115: „Ja, mir wird schon geholfen,...“ „Aber ich muss meinen Teil dazu beitragen.“ (Interview Zeilen 90, 96)

oder,

139: „...schmerzfrei zu sein, absolut und natürlich, das umsetzen in den Alltag, wenn ich nicht schmerzfrei aus der Reha komme, das umsetzen, was ich natürlich mitgenommen hab. Sprich, ich hab ja die Therapiepläne, beziehungsweise Übungen, das ist ein ganzer Katalog, wo ich das jeden Tag anwenden kann, das heißt, wenn es wieder kommen sollte, und ja, das einfach mitzumachen und damit alltäglich auch umzugehen, in Anführungsstrichen, wenn die Schmerzen wieder da sind, ne.“ (Interview Zeile 103)

Erlerntes aus der Reha wird bei fünf der sechs Rehabilitanden in ihren häuslichen und beruflichen Alltag transferiert. Den Patienten gelingt es, ihre Übungen regelmäßig in ihren Tagesablauf zu integrieren (107, 109, 115, 131, 139).

107: „Ich hab halt danach dann sofort mein Training, Sport wieder aufgenommen und habe es umgestellt. Habe gesagt, das, das, das muss weg, das, das dazu. Ging teilweise nicht, weil ohne Geräte, haben wir das kompensiert...“ (Interview Zeile 130)

oder,

109: „Ich habe viel gelernt bei der Klinik und hab ich extra Zimmer oben für Gymnastik und das ist toll...wirklich gut.“ (Interview Zeile 44)

109: „Ja, diesen Sport, welche ich mache jetzt...Medianenübungen...das finde ich besser als irgendwelche andere Gymnastik.“ (Interview Zeile 132-145)

109: „...für Gymnastik braucht man Zeit, zum Beispiel morgens mache ich das, weil das ist besser, wenn du noch nicht gegessen hast oder so, aber...morgens ok, ich stehe extra früher auf und mache das...“ (Interview

Zeile 183)

oder,

115: „...du musst dabei bleiben, man wird ja schließlich älter. Jetzt haben wir unser ehemaliges Kinderzimmer als Fitnessraum umgebaut.“ (Interview Zeile 172)

oder,

131: „Ich habe ja auch schriftliche Anleitungen und so weiter, hab ich ja alles mitbekommen. Ne, und wenn ich dann sehe, ne, es ist ja so, macht man die eine Tätigkeit, muss man auch die andere Tätigkeit machen, ne....Und das war wohl früher immer mein Fehler gewesen, dass ich nur einseitig dann immer trainiert habe.“ (Interview Zeile 147)

Keiner aus der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ hat vor der Maßnahme einen Rentenantrag gestellt oder in dem Interview den Wunsch geäußert, dies zu tun. Alle sechs sind in einem festen Arbeitsverhältnis und geben an, gerne zu arbeiten.

Die Patienten aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ haben kaum Hoffnung auf die Besserung ihrer Rückenschmerzen, die positiven Erwartungen an die Reha sind schon im Vorfeld gering. Sie beschränken sich hauptsächlich auf den Wunsch nach Erholung und Massagen. Fünf von den acht Rehabilitanden, die zur Gruppe der „Erfolglosen“ zählen, sind durch die Initiative von der Rentenversicherung, ihrer Krankenkasse, ihrem Arzt oder Betriebsarzt zu der Maßnahme gekommen (108, 113, 136, 138, 143). Die Bedeutung der Rehamaßnahme in ihrem Krankheitsverlauf wird hier gering eingeschätzt. Fünf (106, 108, 113, 138, 143) der Rehabilitanden geben an, keine Veränderung ihrer Beschwerdesituation erfahren zu haben, drei (106, 108, 138) der acht dieser Gruppe, berichten, sich mit ihren Rückenschmerzen in der Rehaklinik nicht ernst genommen gefühlt zu haben. Auffällig in dieser Patientengruppe ist auch, dass sich die positiven Bewertungen der Rehabilitationsmaßnahme nicht auf die Besserung der Beschwerden beziehen, sondern sie stellen sich in Aussagen dar, wie zum Beispiel,

136: „Wir waren ja eine nette Gruppe von 15 Leuten da, ja, das war ganz toll, das war wie Urlaub...“ (Interview Zeile 123)

oder

116: „...da habe ich drei Wochen ein schönes Leben gehabt...“ (Interview Zeile 169)

Von den Patienten dieser Gruppe haben zwei (108, 113) einen Rentenantrag vor der Reha gestellt und zwei (106, 129) weitere äußern in dem Interview den Wunsch nach Rente. Fünf (106, 116, 136, 138) der acht Rehabilitanden haben einen festen Arbeitsplatz, davon berichten zwei (129, 138) über Probleme am Arbeitsplatz.

Demgegenüber steht die dritte Gruppe, die sich aus den „basal Erfolgreichen“, den „Schmerzreduzierten“ und den „psychisch und im Alltag stabilisierten“ zusammensetzt. Hier fällt auf, dass die Eigeninitiative zur der Maßnahme nur bei einem Patienten (110) von fünf erfolgt ist, bei einem Patienten kommt die Initiative von der Deutschen Rentenversicherung und die anderen drei Rehabilitanden sind durch ihren Arzt bzw. Betriebsarzt zu der Reha gekommen. Drei (105, 110, 128) der fünf Interviewten stehen in einem festen Arbeitsverhältnis, wovon zwei Probleme am Arbeitsplatz angeben. Auffällig in dieser Gruppe der Interviewten ist auch, dass zwei (117, 119) der fünf Patienten einen möglichen Hinweis auf einen sekundären Krankheitsgewinn durch ihre Beschwerden haben und sie durch ihre Familien eine Unterstützung erfahren.

119: „Zu Hause mach ich ja nicht viel...“ (Zeile 124)

Ehefrau: „ne.“

119: „Da hab ich mein...“

Ehefrau: „Hiwi.“

119: „Da muss ich mich erholen...“ (Zeile 132)

Ehefrau: „...aber wenn er jetzt von der Arbeit nach Hause kommt, dann ist Feierabend...ne, dann legt er die Beine hoch...“ (Interview Zeilen 124-133)

oder,

117: „Im Haushalt hilft meine Schwiegertochter, netterweise, meine Tochter, die helfen mir.“ (Interview Zeile 53)

Darüber hinaus gibt es gruppenunabhängig Patienten, die den Rehaaufenthalt im biographischen Kontext des Krankheitsverlaufs als „schöne Zeit“ bezeichnen.

109: „...ich hatte die erste und schönste Zeit sozusagen...“ (Interview Zeile 243)

Eine nachhaltige Bedeutung im Krankheitsverlauf hat die Reha für die zwei Rehabilitanden erhalten, die durch die Maßnahme und den damit verbundenen ärztlichen Bericht ihren Arbeitsplatz verloren haben. (108, 119)

Es stellt sich die Frage, ob die vorherige Gruppeneinteilung der Stichprobe auf Basis der Fragebogenangaben gerechtfertigt ist und was die unterschiedlichen Gruppen im Vergleich zu den Interviews auszeichnet.

In der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ mit den sechs Rehabilitanden (107, 109, 115, 122, 131, 139) finden sich Patienten, die eine Linderung ihrer Beschwerden durch die Reha erfahren haben und die den Erfolg an der Verbesserung ihrer Situation fest machen (115, 122, 131, 139). Ein anderer hat zwar durch die Rehamaßnahme eine Linderung in der Zeit des Klinikaufenthaltes feststellen können, kann diesen Zustand danach jedoch nicht aufrechterhalten (109). Allgemein ist zu sehen, dass alle Patienten dieser Gruppe eine Verbesserung ihrer Schmerzen durch die Reha verspüren können. Außerdem haben es diese Patienten, außer einem (122), durch die Reha geschafft, das dort erlernte Übungsprogramm in ihren Alltag zu transferieren und nehmen durch die Maßnahme wieder aktiver an ihrem Leben teil. Diese Punkte rechtfertigen die Einteilung der Patienten in die Gruppe der „generell Erfolgreichen“.

Die Rehabilitanden dieser Gruppe fallen im Interview durch ihre positive Grundeinstellung, ihre familiäre Festigkeit, ihren hohen Leidensdruck und den Willen, selbst an ihrer Beschwerdelage etwas zu ändern, auf. Ihnen ist bewusst, dass sie selbst für sich und ihre Schmerzsituation Verantwortung übernehmen müssen. Darüber hinaus wirken sie zufrieden mit sich und ihrem Leben, stehen in festen Arbeitsverhältnissen, erfahren Unterstützung von ihren Familien (ausgenommen 122), haben im privaten Umfeld ein soziales Gefüge aufgebaut mit Hobbys, Sportvereinen und Freunden.

Verglichen mit den in der Einleitung beschriebenen Charakteristiken, die die verschiedenen Gruppenzugehörigkeiten ausmachen, zeigen alle Patienten aus dieser Gruppe Verbesserungen in den Bereichen „Schmerzen“ und „Alltagsaktivitäten“, sowie in den Bereichen „körperliche Missempfindungen“ und „psychischem Befinden“ eine fast 100%ige Verbesserungswahrscheinlichkeit. Die Gruppenzuordnung dieser Patienten ist somit als gerechtfertigt anzusehen.

Die Gruppe der „generell Erfolgrlosen“ (106, 108, 113, 116, 129, 136, 138, 143) beurteilt zwar die Rehamaßnahme überwiegend positiv (positive Bewertungen finden wir bei 106 (8), 113 (10), 116 (6), 129 (8), 136 (8)), doch die Schmerzen

stellen entweder vor der Rehabilitation kein Problem dar (106, 136, 138, 143), sie haben sich durch die Rehabilitation nicht verändert (108, 129, 116) oder stark verschlechtert (113). Die Einteilung in diese Gruppe lässt sich an Hand der Schmerzsituation rechtfertigen, denn keiner der Patienten kann durch die Rehabilitation eine Verbesserung seiner Beschwerden erreichen. Um eine Erklärung zu finden, warum Patienten ankreuzen, dass Schmerzen vor der Reha kein Problem für sie darstellen (S111), werden die Fragen, „Wie sehr haben Sie in den vergangenen vier Wochen unter körperlichem Unwohlsein und Beschwerden gelitten?“, „Wie sehr haben Sie unter Kreuzschmerzen gelitten?“ (S75) und „Wenn Sie noch einmal an die eben angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S91) gestellt. Diese Patienten haben laut Frage S75 an ihren Kreuzschmerzen „stark“(106), „ziemlich“ (136, 138) und „ein wenig“ (143) gelitten und ihre Kreuzschmerzen haben sich bei Frage S91 durch die Rehabilitation „nicht verändert“ (106, 136, 138, 143). In diesen Fragen ist zu erkennen, dass die Rückenschmerzen, sehr wohl ein Problem für den Patienten darstellen. Wie es zu der Beantwortung in S111 gekommen ist, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nur vermuten, da dieses Phänomen erst im Rahmen der Auswertung aufgefallen ist und die Patienten nicht mehr dazu befragt werden können.

Im Interview fallen einige dieser Rehabilitanden dadurch auf, dass sie generell unzufrieden mit ihrer momentanen Lebenssituation sind, z.B. befinden sich drei Patienten in keinem festen Arbeitsverhältnis (108, 113, 143). Zwei Patienten (113, 138) fehlt ein festes soziales Umfeld in Form von Familie bzw. Ehepartnern oder Freunden. Einige Patienten nehmen am alltäglichen Leben nicht mehr aktiv teil, sie sind zu Hause entweder allein oder leben durch ihre Beschwerden am Familienleben vorbei (113, 143, 129).

143: „Manchmal denke ich wozu ich lebe, ich kann nicht...das ich mit meiner Familie auch hier, manchmal ich hab so eh, eh, ich fass an meinen Kopf und ich kann so,...sofort wissen alle und meine Familie, ich glaube ich brauche Ruhe, gehen weg, versuchen alle, aber reden wir nicht für die Krankheit, versuche bisschen abzulenken, aber...so...schlecht ist, das geht nicht, das geht nicht,...“ (Interview Zeile 211)

Die Patienten fallen durch eine zum Teil sehr lange Dauer ihrer Rückenschmerzen auf. Über einen über zehnjährigen Krankheitsverlauf berichten sechs der acht

Interviewten (108, 113, 116, 129, 136, 143). Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit ist in dieser Gruppe sehr ausgeprägt und zeigt sich in den geringen Erwartungen an die Rehamassnahme (108, 113, 129, 143).

129: „...ich muss das mehr akzeptieren, gesund kommen sie hier nicht wieder raus, ich muss damit leben können.“ (Interview Zeile 354)

Zwei Patienten fühlen sich darüber hinaus nicht mit ihrer Erkrankung von Ärzten oder Familienangehörigen ernst genommen, es mangelt ihnen an einer passenden Diagnose (106, 108) und sie sind immer noch auf der Suche nach einer geeigneten Therapiemöglichkeit.

106: „...auf der Kur wurde da auch nicht ganz so drauf eingegangen, ne, was man so hatte, ne...“ (Interview Zeile 156) „Also ich hatte ja auch nicht die richtigen Therapien. Wie gesagt, es hat ja nicht geholfen.“ (Interview Zeile 288)

108: „...da ist nicht einer, nicht einer auf meine Arthrose in den Knien eingegangen. Nicht einer. Beide Knie sind operiert, da ist nicht ein Wort drüber verloren worden. Nicht einer und ich habe alle Berichte mitgeschleppt.“ (Interview Zeile 50)

108: „...sie sind inoperabel. Was hat mein Mann jetzt gedacht? Da ist nichts zu operieren. Weil, da ist keine Krankheit vorhanden. Ich habe sicherlich Schmerzen, aber ich habe keine Krankheit. Halben, dreiviertel Jahr ungefähr ist das irgendwie ans Tageslicht gekommen, dass er das gedacht hat...“ (Interview Zeile 26)

Die erlebten und von den Patienten berichteten Eindrücke aus den Interviews rechtfertigen hier sehr deutlich die Zuteilung dieser Patienten in die Gruppe der „generell Erfolglosen“, die sich durch geringe Erfolgswahrscheinlichkeiten in den einzelnen Outcome-Bereichen auszeichnet.

Anhand der mittleren Gruppe („basal Erfolgreich“, „Schmerzreduziert“, „psychisch und im Alltag reduziert“) ist es schwieriger, die Gruppenzugehörigkeit zu rechtfertigen. Es bietet sich hier an, die Untergruppen zu beschreiben.

Die Patienten der Gruppe der „Schmerzreduzierten“ (110, 117) beurteilen die medizinische Rehabilitation insgesamt sehr positiv (110 mit 9, 117 mit 10) auf der Skala von 0=sehr schlecht bis 10=ausgezeichnet, die Schmerzen (S111) haben sich bei beiden Patienten durch die Reha „etwas gebessert“.

In den geführten Interviews begegnen uns zwei unterschiedliche Patienten, mit verschiedenen Ausgangslagen, Erwartungen an die Rehabilitation und unterschiedlichem Outcome. Der 54-jährige Patient (110), leidet seit fast zwei Jahren an Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich. Zu der RehaMaßnahme ist er durch Eigeninitiative gekommen, weil er etwas an seiner Schmerzsituation verbessern will, bevor sich diese verstärkt. Im beruflichen und privaten Bereich fühlt er sich nicht eingeschränkt. Die Erwartungen an die Rehabilitation beziehen sich zwar auf die Linderung seiner Beschwerden, sind aber außerdem geprägt von dem Wunsch, der Ausweitung seiner Schmerzen vorzubeugen („Ich will nicht zu spät etwas getan haben.“). Seine Beschwerden haben sich zwar in der Reha verbessert, dieser Zustand kann aber nach dem Klinikaufenthalt auch durch das anschließende medizinische Aufbautraining nicht aufrechterhalten werden. Im Interview klingt bei dem freundlichen, differenzierten Mann die Enttäuschung über die Tatsache durch, dass er trotz der Rehabilitation im Grunde genommen immer noch am selben Punkt seines Leidens stehe wie vorher.

Die zweite, der Gruppe der „Schmerzreduzierten“ zugehörige 57-jährige Patientin, (117) leidet seit ca. sechs bis sieben Jahren an Rückenschmerzen. Sie hat 40 Jahre körperlich hart gearbeitet und klagt über Verschleißerscheinungen in allen großen Gelenken und der Wirbelsäule. Sie beschreibt ihren Gesundheitszustand als hoffnungslos. Der Versuch, ihre starken Schmerzen durch Medikamente, Spritzen und Akupunktur zu bekämpfen, zeigt keine Wirkung. Über die Jahre hat sie eine Depression entwickelt und sie erklärt, dass die Schmerzen sie aggressiv stimmen. Ihre Erwartungen an die Reha beschränken sich auf die Vorstellung, sich ausruhen zu wollen. In der Reha hat sie kurzfristig das Gefühl der Schmerzlinderung, welches sich aber im Nachhinein nicht aufrechterhalten lässt. Es findet kein Transfer der erlernten Übungen oder Verhaltensänderungen aus der Reha in den Alltag statt. Die müde und resigniert wirkende Frau scheint eine mögliche Veränderung ihrer Beschwerdelage für sich ausgeschlossen zu haben.

Die Gruppe der „Schmerzreduzierten“ zeichnet sich durch eine hohe Veränderungswahrscheinlichkeit im Schmerzbereich aus. Dies wird auch in den Interviews berichtet. Diese Tatsache rechtfertigt die Gruppeneinteilung. Die anderen Outcome-Dimensionen stellen für die beiden Rehabilitanden entweder kein Problem vor der Maßnahme dar, oder es fehlt eine Veränderung.

Die beiden Patienten der Gruppe der „basal Erfolgreichen“ (105, 128) zeigen in dem Ergebnis des Fragebogens bei der Veränderung ihrer Schmerzsituation (S111), der körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf berufliche und häusliche Aufgaben (S121) und der gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S138) eine leichte Verbesserung durch die Rehabilitation. Die Rehamaßnahme wird insgesamt von beiden Patienten auf der Skala von 0-10 mit 10=ausgezeichnet beurteilt.

Der Patient (105) leidet seit sieben, die Patientin (128) seit 16 Jahren an rezidivierenden Rückenschmerzen, beide sind durch die Initiative ihrer behandelnden Ärzte zu der Rehamaßnahme gekommen und erhoffen sich eine Verbesserung ihrer Beschwerdesituation. In der Rehaklinik nehmen sie motiviert an ihrem Therapieprogramm teil und können Erlerntes in ihren Alltag integrieren, indem sie ihr Übungsprogramm zu Hause selbstständig durchführen. Die vorübergehende Schmerzlinderung während des Klinikaufenthaltes kann allerdings über das Ende der Maßnahme nicht aufrechterhalten werden. Es fällt auf, dass sich beide Patienten sehr intensiv mit ihren Beschwerden auseinandersetzen, sei es durch häufige Besuche beim Arzt oder durch die Suche nach einer geeigneten Therapie für ihre sie belastenden Schmerzen.

Die „basal Erfolgreichen“ zeichnen sich durch hohe Erfolgswahrscheinlichkeiten in den Bereichen Schmerzen, Alltagsaktivitäten und Teilhabe aus, dieser Erfolg ist bei den beiden Rehabilitanden nicht eindeutig zu sehen. Lediglich die Verbesserung des psychischen Befindens und der Schmerzsituation zeigen hier eine positive Veränderung.

In der Untergruppe der „psychisch und im Alltag stabilisierten“ befindet sich ein Patient (119), der 56 Jahre alt ist und seit zehn bis fünfzehn Jahren an Rückenschmerzen leidet. Die die Gruppenzuordnung auszeichnenden Outcome-Bereiche „psychisches Befinden“ und „Alltagsaktivitäten“ werden im Fragebogen wie folgt beurteilt.

Die Erschöpfung und Müdigkeit (S69) sowie die Nervosität und Niedergeschlagenheit (S71) haben sich durch die Rehabilitation nicht verändert. Die zu den Alltagsaktivitäten gehörigen Items (S121, S138, S126) bewertet der Patient wie folgt: seelische Probleme und deren Auswirkungen auf die beruflichen oder häuslichen Aufgaben haben sich durch die Rehabilitation „etwas gebessert“.

Die gesundheitlichen Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten haben sich durch die Rehabilitation „nicht verändert“. Die körperlichen Probleme und ihre Auswirkungen auf die beruflichen oder häuslichen Aufgaben stellen vor der Rehabilitation kein Problem für den Patienten dar. Insgesamt wird die Reha von diesem Patienten nicht beurteilt.

Die höheren Erfolgswahrscheinlichkeiten in diesen Bereichen, die die Gruppenzugehörigkeit rechtfertigen, sind bei diesem Patienten nur in dem Bereich der Auswirkungen der seelischen Beschwerden auf den Alltag zu finden.

Das von ihm teilnahmslos verfolgte Gespräch wird von seiner Frau dominiert. Im Interview wirkt der resignierte Mann hoffnungslos bezüglich seiner Schmerzsituation. Er erklärt dies damit, dass er schließlich 42 Jahre auf dem Bau gearbeitet habe und an einer Spinalkanalverengung leide, die verhindere, dass die Schmerzen ganz weggehen würden.

Gegen seine Beschwerden habe er noch nie etwas unternommen. Nach Exazerbation der Schmerzen durch eine Nerveneinklemmung wird er längere Zeit arbeitsunfähig geschrieben. Daraufhin schlägt ihm sein behandelnder Arzt eine Rehabilitationsmaßnahme vor. Er wird von seiner Frau zu seiner ersten Reha begleitet, die vor Ort Urlaub macht. Seine Erwartungen an die Maßnahme beschränken sich, neben dem Urlaub mit seiner Frau, auf minimale Verbesserung seiner Beweglichkeit. Er hat keine Hoffnung auf eine Schmerzlinderung. Der Patient erscheint sowohl während des Klinikaufenthaltes als auch beim Ausfüllen des Fragebogens, welches seine Frau übernommen habe, motivationslos. Er habe zwar an allen ihm angebotenen Therapien teilgenommen, geholfen habe es aber nicht, und auch in seinem Alltag seien die Übungen nicht umsetzbar. Die Zuordnung des Patienten in die Gruppe der „psychisch und im Alltag stabilisierten“, die sich durch höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten in den Outcome-Bereichen „psychisches Befinden“ und „Alltagsaktivitäten“ auszeichnet, ist hier unklar.

Insgesamt scheint die mittlere Gruppe in ihren Outcomes sehr heterogen.

3.2.3 Fragestellung 3

3. Welcher Zusammenhang besteht zwischen den Urteilen über die Rehabilitation und der subjektiven Bewertung ihres Erfolgs?

Der Zusammenhang zwischen den Urteilen über die Rehabilitation und ihren Erfolgsbewertungen ist in der Auswertung der vorliegenden Stichprobe unterschiedlich.

Es gibt Patienten, die den Erfolg oder Misserfolg ihrer Rehabilitation an dem Maß der Verbesserung ihrer Beschwerden festmachen. An Hand der vorliegenden Fallvignetten bildet sich diese Gruppe folgendermaßen ab.

Bei einer Patientin (108) aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“, die zu der Beantwortung der vorherigen Fragestellung schon als Beispiel herangezogen wurde, zeigen sich die Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen des Fragebogens und des geführten Interviews wie folgt. Die Rehabilitationsmaßnahme beurteilt sie insgesamt auf der Skala von 0-10 mit 3, ihr Leistungsvermögen im beruflichen Bereich mit 2 und in der Freizeit mit 2. Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S138) haben sich durch die Reha nicht verändert und auch bei den körperlichen Problemen (S121) und der Schmerzsituation (S111) gibt sie keine Veränderungen durch die Maßnahme an. Das Motto der Fallvignette dieses Interviews lautet:

„...ich sage ihnen genau, warum ich es noch einmal machen würde, weil ich der Rentenversicherung beweisen muss, das ich wirklich, das ich will, aber das es nicht geht...im Grunde genommen ist es nichts anderes wie ein Knast...“.

Die 45-jährige, verheiratete Frau kritisiert an der Reha die schlechte Organisation, fühlt sich von den Ärzten nicht ernst genommen und erfährt in der Klinik keine Besserung ihrer Beschwerden. Die Rehabilitation habe für sie eine große Bedeutung erhalten, da sie dadurch ihre Arbeit verloren habe. Sie fühlt sich in der Klinik unwohl und empfindet die Therapien als nicht auf ihre vielseitigen Beschwerden zugeschnitten. Ihre Hoffnung auf Linderung ihrer Beschwerden wird durch die Reha nicht erfüllt. Die sich im Fragebogen abzeichnenden schlechten Erfolgsbewertungen stehen hier in Zusammenhang mit dem schlechten Urteil über die Rehabilitation.

Die Übereinstimmung zwischen der Beurteilung der Reha insgesamt und den Aussagen aus dem Interview einer Rehabilitandin (115) aus der Gruppe der „generell Erfolgreichen“, die in der Beantwortung der ersten Frage genau beschrieben wird, lässt sich folgendermaßen darstellen. Sie beurteilt die medizinische Rehabilitation insgesamt auf der Skala von 0-10 mit „ausgezeichnet“ (10) und auch ihr Leistungsvermögen in den Bereichen Beruf und Freizeit mit „sehr gut“ (10). Die Fragen, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S138), „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S121) und „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?“ (S111) wurden von der Patientin mit „stark verbessert“ beantwortet. Auch im Interview äußert sich die 49-jährige, verheiratete Frau ausschließlich positiv über die Rehabilitationsmaßnahme. Das gewählte Motto der Fallvignette des Interviews lautete,

„...nach der Kur fühlte ich mich einfach wie neu, wie neu geboren...“.

Sie kann durch die Rehabilitation eine Schmerzfreiheit erreichen und erlernte Übungen und Verhaltensänderungen in ihren häuslichen und beruflichen Alltag umsetzen. Während der Reha wird ihr die Angst vor Bewegung und Schmerz genommen. Sie lobt die Klinik mit guter Organisation, abwechslungsreichen Therapien und freundlichem Personal. Anhand dieses Fallbeispiels lässt sich der positive Zusammenhang zwischen dem Urteil aus dem Fragebogen und den tatsächlich erlebten Eindrücken in der Klinik deutlich zeigen.

Auf der anderen Seite finden wir einige Patienten, deren Urteil im Fragebogen unabhängig von der Verbesserung der Beschwerdesituation erscheint oder bei denen sich die Erfolge der Reha nicht in der Beurteilung im Fragebogen widerspiegeln.

Ein Patient (105) aus der Gruppe der „basal Erfolgreichen“ bewertet die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt auf einer Skala von 0-10 mit „ausgezeichnet“ (10). Bei der Frage, „Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den

vergangenen 4 Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?“, beurteilt er sein Leistungsvermögen im Beruf auf der Skala von 0-10 mit 1 und in der Freizeit mit 5. Die Fragen, ob sich die körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf seine beruflichen oder häuslichen Aufgaben (S121), die Schmerzen (S111) und die gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S138), durch die Rehabilitation verändert haben, werden von dem Patienten mit „etwas gebessert“ beantwortet. Bei diesem Beispiel hängt die überaus positive Bewertung der Reha nur zum Teil mit der Verbesserung der Schmerzsituation zusammen. Der 46-jährige, verheiratete Patient lobt die Klinik sowie deren Organisation. Die Verpflegung und das Personal bewertet er positiv. Er hat sich in der Klinik sehr wohl gefühlt. Seine körperlichen Beschwerden können allerdings nur während der Reha gelindert werden, nach der Maßnahme kann er den in der Reha erreichten Zustand nicht aufrechterhalten. Obwohl er bemüht ist, sein erlerntes Übungsprogramm zu Hause weiterzuführen, bessern sich seine Beschwerden nicht.

Bei einem weiteren Beispiel eines Patienten (106) der Gruppe der „generell Erfolgrlosen“ lässt der Fragebogen allein kein Urteil darüber zu, was den Patienten zu seiner positiven Rehabewertung gebracht hat. Der 51-jährige, verheiratete Mann gibt an, dass Schmerzen (S110), körperliche Probleme und deren Auswirkungen auf berufliche und häusliche Aufgaben (S121) sowie gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (S137) vor der Rehabilitation kein Problem für ihn darstellen. Bei der zusätzlichen Betrachtung der Items S75 und S91, fällt auf, dass er unter seinen Kreuzschmerzen „stark“ leidet (S75) und dass sich seine Kreuzschmerzen durch die Rehabilitation „nicht verändert“ haben (S91). Der Konsum von Schmerzmitteln (S146) sei gestiegen, sein Leistungsvermögen im Beruf liegt auf der Skala von 0-10 bei 6 und in der Freizeit bei 5 (S162, S163). Trotzdem beurteilt er die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt auf der Skala von 0-10 mit 8 positiv. Das Motto der Fallvignette seines Interviews lautet:

„... also, ich hatte, es waren ja auch nicht die richtigen Therapien, wie gesagt, es hat ja nicht geholfen... ich bin mit Rückenschmerzen hin und mit Rückenschmerzen zurück...“

Es ist nicht nachvollziehbar, wieso der Rehabilitand die Reha so gut beurteilt, denn

in dem Interview lobt er ausschließlich die motivierten Therapeuten der Klinik. Während der Reha fühlt er sich von dem intensiven Trainingsprogramm überfordert und hat das Gefühl, die Ärzte seien nicht ausreichend auf ihn und seine Beschwerdesituation eingegangen.

Genau entgegengesetzt zu dem vorherigen Beispiel verläuft die Beurteilung der Rehamaßnahme bei einem Patienten (107) aus der Gruppe der „generell Erfolgreichen“. Er bewertet die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt auf der Skala von 0-10 mit nur 3, also im unteren Drittel. Sein Leistungsvermögen im Bereich Beruf beurteilt er auf der Skala von 0-10 mit 2 und in der Freizeit mit 4. Die Schmerzen (S111) haben sich durch die Rehabilitation etwas und die körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf die beruflichen und häuslichen Aufgaben (S121) „stark verbessert“. Wenn man die Ergebnisse des Interviews betrachtet, berichtet der Patient überwiegend positiv über seine Erfahrungen in der Klinik. Das ausgewählte Motto des 51-jährigen, verheirateten Mannes lautet:

„...also ich lebe jetzt halt einfach sehr befreit, ja, von Schmerzen befreit...“.

Er lernt in der Reha mit seinen Schmerzen zu leben. Darüber hinaus lobt er den freundlichen Umgang mit dem Personal der Klinik und die Organisation. Zusätzlich kann er sich gut erholen. Kritisch äußert sich der Rehabilitand lediglich über die zu kurze Dauer der Maßnahme, da für sein komplexes Beschwerdebild nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Durch die Rehabilitation kann er eine deutliche Besserung der beruflichen- und alltäglichen Leistung erfahren. Er wird durch die Maßnahme zur Teilnahme an einem Sportprogramm motiviert und kann seine Schmerzmedikation absetzen. Für die negative Gesamtbeurteilung der Rehabilitation hat er im Nachhinein keine richtige Erklärung. Der Patient gibt im Interview an, dass der Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens für ihn zeitlich gesehen zu früh nach der Reha stattgefunden hat,

„...also jetzt habe ich einfach einen längeren Zeitraum, wo ich gucken kann, hey, guck mal, war ja doch gar nicht so schlecht...“ (Interview Zeile 142)

Die Patienten aus den drei unterschiedlichen Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung ihrer Rehabilitation nur wenig.

Die Patienten der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ beurteilen die medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt, auf der Skala von 0=sehr schlecht bis

10=ausgezeichnet, sehr unterschiedlich. Das schlechteste Ergebnis gibt ein Patient (107) mit 3 ab, es folgt in der Bewertung eine Patientin (109) mit 5, ein Patient (122) mit 6. Besonders gut wird die Maßnahme von einem Patienten (139) mit 8 und einer Patientin (115) mit 10 eingestuft. Einer der Patienten (131) gibt in der Frage gar keine Bewertung ab. Zusammenfassend kann man bei der Beurteilung der Rehamaßnahme dieser Gruppe sehen, dass zwei Patienten die Reha in der unteren Hälfte bewerten und nur drei die obere Hälfte als Einstufung nutzen.

Die Gruppe der „generell Erfolglosen“ zeichnet sich in der Beurteilung der Rehabilitation dadurch aus, dass auf der Skala von 0-10 alle extremen Wertungsmöglichkeiten zu finden sind. Am schlechtesten hat ein Patient (138) die Rehamaßnahme mit 0=sehr schlecht bewertet. Die nächst positivere Beurteilung gibt eine Patientin (108) mit 3 ab, danach folgt ein Patient (116) mit 6. Die Mehrzahl der Rehabilitanden gibt ein positives Gesamtergebnis ab, zwei Patienten (106 und 129) stufen die Reha mit 8 ein, ein Patient (113) sogar mit 10=ausgezeichnet. Ein Patient (143) hat die Frage nicht beantwortet. Die überwiegende Anzahl der Patienten bewertet die Rehamaßnahme insgesamt in der oberen Hälfte der Skala (fünf von acht Patienten). Negativ wird die Reha nur von zwei Patienten beurteilt.

Die mittlere Gruppe zeichnet sich in der Bewertung der medizinischen Rehamaßnahme insgesamt dadurch aus, dass die Patienten besonders gute Urteile abgeben. Es fällt auf, dass von den fünf Patienten dieser Gruppe, drei Rehabilitanden (105, 117 und 128) die Reha mit 10=ausgezeichnet einstufen und ein Patient (110) auf der Skala von 0-10 9 ankreuzt. Auch in dieser Gruppe findet sich ein Patient (119), der kein Urteil über die Rehamaßnahme fällt.

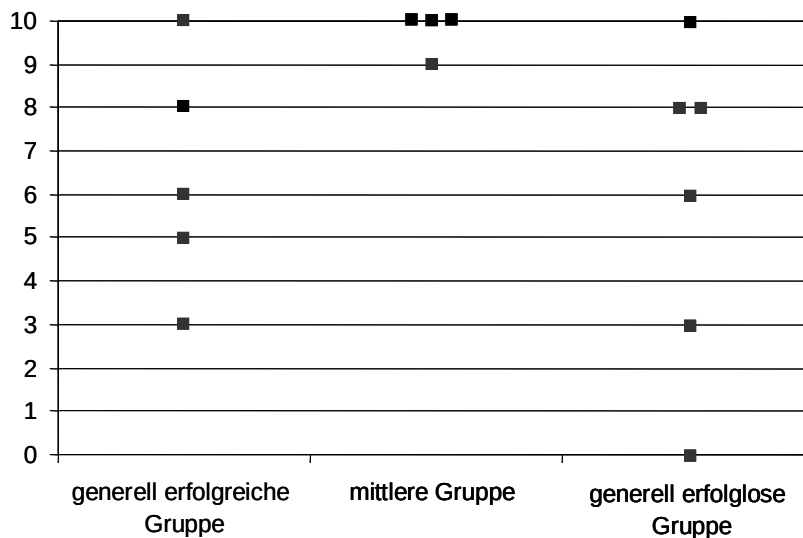


Abbildung 2: Unterschiede in der Beurteilung der Rehabilitation der verschiedenen Gruppen

Es ist wahrnehmbar, dass in den Gruppen der „Erfolgreichen“ und „Erfolglosen“ die gesamte Spanne der Skala der Bewertung von den Patienten ausgenutzt wird. Alle Urteile von besonders negativ bis besonders positiv sind vertreten.

Dem gegenübergestellt sehen wir die mittlere Gruppe, die durch besonders gute Bewertungen der Rehamaßnahme auffällt. In allen drei Gruppen finden wir einen Patienten, der diese Frage nicht beantwortet hat.

3.2.4 Fragestellung 4

4.1 In welchen, ggf. über die im Fragebogen hinausgehenden Dimensionen sehen die Patienten Erfolge oder Misserfolge bzw. positive oder negative „Nebenwirkungen“ ihres Rehaaufenthaltes?

Über den Fragebogen hinausgehende Dimensionen, die den Erfolg oder Misserfolg der Rehabilitationsmaßnahme abbilden, sind in den qualitativen Interviews nur wenig zu finden. Eine positive „Nebenwirkung“ des Rehaaufenthaltes, die über die Dimensionen des Fragebogens hinausgeht, findet sich bei zwei Rehabilitanden. Die Patientin (115) und der Patient (105) sehen es als großen Erfolg für sich, dass ihnen in der Reha die Angst genommen wurde. Wir finden hierzu in den Interviews folgende Beispiele:

115: „...ich war halt ein bisschen eingeschränkt, weil ich immer dachte, „Oh, jetzt springt mir wieder ein Halswirbel raus, diese Bewegung mach ich jetzt nicht, oder ich mach sie halt vorsichtiger.“ (Interview Zeile 62)

Bei dieser Patientin führte die Angst vor den Schmerzen zu einer Schonhaltung, die durch die Reha behoben werden kann. In der Klinik lernt sie, dass mehr Bewegung ohne Beschwerdefolge möglich ist und ihr wird so ihre Angst vor Aktivität genommen.

In dem anderen Fallbeispiel geht es um die Angst am Arbeitsplatz. Ein Patient, der als Kranfahrer arbeitet und von heftigen Schwindelattacken geplagt wird, kann in der Rehaklinik lernen, mit seiner Angst auf dem Kran umzugehen. Durch Gespräche mit einem Psychologen hat er die Versagensängste in seinem Job besiegt.

105: „...dann geh ich auf Kran hoch, ne, hab keine Angst mehr, ne! Dann war ich so glücklich!“ (Interview Zeile 201)

Die über die Dimensionen des Fragebogens hinausgehende negative Nebenwirkung äußert sich bei zwei Patienten (108, 119) in dem Verlust des Arbeitsplatzes. Die Patientin (108) berichtet in dem Interview, dass sie keine positiven Erinnerungen an die Reha habe, ihre Rücken- und Schulterschmerzen und auch ihre Taubheits- und Kribbelgefühle im Arm haben sich überhaupt nicht verändert, zusätzlich habe sie durch die Rehabilitation ihren Arbeitsplatz verloren. Auch bei dem Patienten (119) habe sich seine Beschwerdesituation durch die Reha nicht verändert. Er berichtet, dass er durch den Arztbericht der Rehaklinik seine Arbeit verloren habe.

119: „...deswegen will mein Chef mich ja auch loswerden...auf den Arztbericht hin, ich soll nicht mehr auf dem Bau arbeiten...Deswegen,...die Kündigung ist jetzt schon da...“ (Interview Zeile 205-211)

4.2 Inwieweit bedingen diese Urteile die Bewertungen anderer Outcome-Dimensionen?

Um die über den „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation“ hinausgehenden Dimensionen, die die Rehabilitanden als Erfolge oder Misserfolge bzw. positive oder negative „Nebenwirkungen“ ihres Rehaaufenthaltes sehen, mit den Urteilen der Bewertungen des Fragebogens gegenüber zu stellen, werden sie mit den Ergebnissen der im Fragebogen vorkommenden Outcomes „Schmerzen“, „körperliche Missempfindungen“ und „Alltagsaktivitäten“ verglichen. Generell kann gesagt werden, dass die Erfolge bzw. Misserfolge, die über die Fragebogen-Dimensionen hinausgehen, sich nur in den Gesamtbeurteilungen der Reha abbilden.

Patienten, die positive Erfahrungen in der Rehabilitation gemacht haben, die über die im Fragebogen erfassten Dimensionen hinausgehen, lassen diese in die Gesamtbewertung mit einfließen. Obwohl sich am Beispiel eines Patienten (105) seine allgemeinen Schmerzen (S111), seine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) und die Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf den Alltag (S121) nur „etwas gebessert“ haben, wird die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt mit 10= ausgezeichnet bewertet. Ausschlaggebend für die überaus positive Beurteilung scheinen die Bewältigung der Versagensangst am Arbeitsplatz durch psychologische Betreuung in der Klinik sowie die Motivation, sein eigenes Trainingsprogramm zu Hause weiterzuführen, zu sein. Der Patient kann ansonsten nach der Reha seine Linderung der Beschwerden nicht aufrechterhalten und fühlt sich weiterhin durch Schmerzen und häufige Arztbesuche belastet. Er empfindet die Zeit in der Klinik mit den vielen Therapien als ermüdend und erlebt die vielen bauspezifischen Übungsprogramme als „überflüssig“.

Bei der anderen Patientin (115), die ihre Angst vor Bewegung in der Klinik bewältigen kann, lässt sich diese positive über den Fragebogen hinausgehende Dimension in der Bewertung der Rehabilitation nicht von den anderen Erfolgen trennen. Sie gibt in allen Bereichen eine Verbesserung ihrer Beschwerdesituation an. Sie antwortet in dem Fragebogen auf die Frage, „Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den vergangenen 4 Wochen in den Bereichen Beruf und Freizeit?“, mit: im Beruf „sehr gut“ und auch in der Freizeit mit „sehr gut“. Auch die

medizinische Rehabilitation wird insgesamt auf der Skala von 0-10 mit „ausgezeichnet“=10 bewertet. Die körperlichen Probleme haben sich hier stark gebessert. Sie beantwortet die Fragen, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?“ (S111), und, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S138) mit „stark gebessert“.

Die über den Fragebogen hinausgehenden Misserfolge bilden sich bei den Patienten in der Gesamtbeurteilung der Rehabilitation nicht deutlich ab. Für die negativen „Nebenwirkungen“, die die Bewertungen anderer Outcome-Dimensionen des Fragebogens bedingen könnten, lässt sich kein Nachweis erbringen. Die Patientin (108) bewertet in dem Fragebogen, die Fragen, ob sich ihre Schmerzen (S111), ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben (121) und ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten (138) durch die Rehabilitation verändert haben mit „nicht verändert“. Sie bewertet die medizinische Rehabilitation auf der Skala von 0-10 mit 3. Es scheint also, dass die vorhandenen Dimensionen des Fragebogens dieses Urteil bedingen und die hinzugekommene Arbeitslosigkeit keinen zusätzlichen Einfluss auf ihre ohnehin schlechte Benotung der Reha hat. Auch in dem mit der Patientin geführten Interview bleibt diese Tatsache, neben den vielen anderen für die Rehabilitandin negativen Eindrücken, im Hintergrund.

Die Ergebnisse des Patienten (119) bildet der Fragebogen wie folgt ab. Die Schmerzen (S111) sowie die körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf die beruflichen oder häuslichen Aufgaben (S121) stellen für den Patienten vor der Rehabilitation kein Problem dar. Die Frage nach der Veränderung der gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten (138) durch die Rehamassnahme bewertet er mit „nicht verändert“. Insgesamt wird die Rehabilitation (S164) von dem Patienten nicht beurteilt.

Im Interview berichtet der Patient über eine kurzfristige Linderung seiner Beschwerden und lobt die Klinik mit den Therapien und der guten Organisation. Es bleibt bei dem wenig emotional wirkenden Mann unklar, welchen Stellenwert

der Verlust des Arbeitsplatzes überhaupt für ihn einnimmt.

3.2.5 Fragestellung 5

5.1 Welche weiteren Faktoren, die über den Fragebogen hinausgehen, sind für die Bewertung des Rehaaufenthaltes verantwortlich?

Die befragten Rehabilitanden nennen in den Interviews ganz unterschiedliche Gründe für die generelle Bewertung der Rehabilitationsmaßnahme, die über die im Fragebogen erfassten Dimensionen hinausgehen. Einige gehäuft vorkommende Äußerungen über eine positive Bewertung der Reha sollen hier vorgestellt werden. Zum einen scheint für viele Patienten wichtig zu sein, die Zeit der Rehabilitation in einer homogenen Gruppe zu verbringen. Dazu finden sich in den Interviews Aussagen wie,

136: „...wir waren ja eine Gruppe von 15 Leuten, ja, das war ganz toll, das war wie Urlaub, wir haben uns gesucht und gefunden, es war wirklich ne tolle Kameradschaft, wir waren immer zusammen...“ (Interview Zeile 123)

oder,

119: „...die nette Atmosphäre, die netten Leute, die wir hatten, mit sechs Leuten, ja, mit sechs, waren wir da immer praktisch zusammen...“ (Interview Zeile 264)

Ein weiterer wichtiger positiver Punkt ist für viele Rehabilitanden die Tatsache, durch die Reha für ein paar Wochen Abstand von ihrem beruflichen und häuslichen/familiären Alltag zu haben,

131: „Ja, in die Rehaklinik wollte ich ja schon immer hin. Weil, eh,...weil ich ja auch meine Ruhe habe...“ (Interview Zeile 87)

131: „...also die drei Wochen, die drei Wochen muss ich offen und ehrlich sagen,...haben mir wahnsinnig gut getan, mal abschalten vom Alltag...“ (Interview Zeile 238)

Dazu gehört auch für viele das Gefühl in der Reha „versorgt“ zu werden,

117: „...brauchen sie nichts machen, nicht wie zu Hause, ne, da ist alles fertig...“ (Interview Zeile 156)

Einige der Befragten sehen die Rehabilitation als Urlaub. Positive Äußerungen sind hierzu zum Beispiel:

116: „...da habe ich drei Wochen ein schönes Leben gehabt...“ (Interview Zeile 169)

oder

109: „...das war meine erste und schönste Zeit sozusagen...“ (Interview Zeile 243)

oder

136: „...ja, das war wirklich ganz toll, das war wie Urlaub...“ (Interview Zeile 123)

136: „...obwohl es war wirklich schön. Ich kann mal sagen es war schöne drei Wochen Urlaub...“ (Interview Zeile 310)

Negative Rehabewertungen aus Patientensicht, die über den Fragebogen hinausgehen, sind in den geführten Interviews häufig zu finden. Zum einen scheint für die Rehabilitanden die Sauberkeit der Klinik einen hohen Stellenwert einzunehmen.

109: „...ganz Deutschland verdreckt bald, weil sie sparen an der Putzfrau, deswegen habe ich so hart gekreuzt...“ (Interview Zeile 261, 262)

oder

107: „...die Reinigungskräfte waren teilweise sehr nachlässig...“ (Interview Zeile 102)

Einigen Befragten ist die Dauer der medizinischen Rehamaßnahme zu kurz. Sie bemängeln, dass in der vorgegeben Rehazeit von durchschnittlich 3 Wochen, nicht umfassend auf ihre Beschwerden eingegangen werden kann.

119: „...dafür war das zu kurz...das waren ja nur zwei Wochen, wo ich Anwendungen gekriegt hab...dann bringste das bei die zwei Wochen, dann lernst das doch nicht, das geht ja doch so ruck zuck wieder weg...“ (Interview Zeile 249)

oder

107: „...das war in der Kur nicht abarbeitbar von der Zeit her, da hätte ich wahrscheinlich noch mal zwei Wochen länger bleiben müssen...“ (Interview Zeile 114)

Eine weitere, in dem Fragebogen nicht berücksichtigte Dimension zur Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme, ist die Tatsache, dass der Tagesablauf in der Klinik für einige Patienten als „zu stressig“ empfunden wird. Die täglichen

Therapieeinheiten sind zu zahlreich und zeitlich zu nah aufeinander folgend.

129: „...man musste sich praktisch beeilen, dass man zur nächsten hin kam...“ (Interview Zeile 179)

oder

108: „...das war zeitlich sehr knapp bemessen...dann gab es Tage, da hatten sie bis zu neun Anwendungen und dann waren sie bis abends um acht in Gange...“ (Interview Zeile 120)

oder

131: „...den einen Mittwoch hatte ich neun Anwendungen gehabt, also ich hab kaum Luft bekommen...“ (Interview Zeile 107)

131: „Da war ich aber richtig im Stress.“ (Interview Zeile 109)

oder

105: „...der Tagesablauf...war wirklich zu stressig...“ (Interview Zeile 104)

oder um ein drastisches Beispiel aufzuführen, welches zwar nicht die Organisation der Klinik betrifft, aber den Rehaaufenthalt als eine anstrengende Zeit beschreibt,

113: „...ja, noch mal würd` ich das nicht machen, erstmal war das arschteuer und denn völlig kaputt, da hätte ich auch gar nicht hingehen brauchen... (Interview Zeile 110)

113: „...nur dadurch, dass wir nur feiern war nun mittags, beim Mittagessen, ja nun gehen wir Kaffee trinken, denn dahin und dahin, was macht ihr abends, dann treffen wir uns da...Klar ist das anstrengend, bist ja gar nicht zur Ruhe gekommen, hatte nicht einen Tag Ruhe. Wir waren bis morgens um vier unterwegs und um acht Uhr mussten wir zum Schwimmen...“ (Interview Zeile 178)

113: „Ja, wir ham immer nur gefeiert da, ich hatte kein Blut mehr wie ich nach Hause bin...we ham jede Nacht gefeiert, jeden Abend.“ (Interview Zeile 108)

Darüber hinaus gibt es Studienteilnehmer, die das Gefühl haben, dass nicht die richtigen Therapien für sie und ihre umfassenden Beschwerden in der Klinik zusammengestellt werden.

106: „...also ich hatte, es waren ja auch nicht die richtigen Therapien, wie gesagt, es hat ja nicht geholfen...“ (Interview Zeile 288)

Einige Patienten haben sehr große Erwartungen an die medizinische Rehabilitation, die dann nicht erfüllt werden. Dieser Aspekt hat zum Teil Einfluss

auf die Gesamtbewertung der Maßnahme. Das Zitat einer Patientin aus dem Interview soll zeigen, dass sie eine Erwartung an den medizinischen Schwerpunkt der Klinik hat. Sie erhofft sich Hilfe bei ihren vielfältigen Beschwerden durch Spezialisten.

108: „...das ist jetzt ne reine orthopädische Rheumaklinik, dass die eventuell in irgendeiner Form mal gucken, das können wir ändern oder da können wir ändern, aber da war nichts...“ (Interview Zeile 78)

Demgegenüber stehen Patienten, die negative Erwartungen an den Rehaerfolg haben und deren Beurteilung der Rehamaßnahme in diesen Fällen negativ ausfällt.

129: „...einen Rehaerfolg gibt es gar nicht. Ich glaub das gibt es nicht...ich kann nicht sagen, ich komm mit Rückenschmerzen hin und geh ohne wieder, das gibt es nicht...“ (Interview Zeile 346)

In der vorliegenden Studie sehen wir einige Rehabilitanden, die ihre kurzfristigen Erfolge in der Rehaklinik nicht zu Hause in ihrem Alltag aufrecht halten können. Viele Patienten haben in der Klinik das Gefühl, dass sich ihre Beschwerden verbessern, fallen aber dann kurze Zeit nach der Reha in ihren Ausgangszustand zurück. Auch diese Tatsache bleibt bei der Auswertung des Fragebogens verborgen.

110: „...ja, ich sag ja, am Anfang wurde es besser und da hatte ich auch ein gutes Gefühl, so und denn bin ich nach Hause gefahren und einmal die Woche eben ins Rehazentrum, und jetzt sind die Schmerzen doch wieder da...“ (Interview Zeile 167)

oder

113: „...ja, in der Reha war...hab ich Fortschritte gemacht, konnte mehr heben, mehr laufen und so was, Fahrradfahren...hatte eigentlich gar keine Einschränkungen da...Nur nachher, da fing es denn wieder alles an...“ (Interview Zeile 216)

5.2 Inwieweit bedingen diese Faktoren die Beurteilung anderer Outcome-Dimensionen?

Um die über den „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation“ hinausgehenden Dimensionen abzubilden, werden sie hier mit den Ergebnissen der im Fragebogen vorkommenden Outcomes „Schmerzen“, „körperliche Missempfindungen“ und „Alltagsaktivitäten“ verglichen. Hierbei zeigt sich, dass sich die Patienten bei der Beantwortung der Fragen, „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S111), „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S121) und „Wenn Sie jetzt noch einmal an ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?“ (S138) nicht von anderen Outcome-Dimensionen beeinflussen lassen. Erst in der Gesamtbeurteilung der medizinischen Rehabilitation spielen die über den Fragebogen hinausgehenden Dimensionen eine Rolle.

Bei einem Rehabilitanden stellen die allgemeinen Schmerzen (S111), seine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) und die Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf den Alltag (S121) vor der Rehabilitation kein Problem dar. Die Rehabilitationsmaßnahme wird insgesamt auf der Skala von 0-10 mit 8 bewertet. Während des Interviews äußert sich der Patient jedoch nur einmal positiv über die Rehamassnahme.

106: „...das lag alles an den Betreuern die da waren...daran lag das, die waren so was von gut, wirklich, also, die haben sich wirklich gekümmert um uns,...“ (Interview Zeile 203)

Ein Patient (116) hat die Reha positiv bewertet, weil er das Gefühl gehabt hat, einmal „raus aus dem Alltag zu sein“ und weil er die Rehabilitation als „Urlaub“ erlebt hat. Die medizinische Rehabilitation wird von ihm auf der Skala von 0-10 mit 6 beurteilt. Die allgemeinen Schmerzen (S111), seine gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) und die Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf seinen Alltag (S121) haben sich jedoch „nicht verändert“. Der

Patient begründet in dem Interview seine dennoch positive Gesamtbeurteilung der Reha mit der Aussage:

116: „...da habe ich 3 Wochen ein schönes Leben gehabt...“ (Interview Zeile 169)

Er entspannt sich während der Zeit in der Klinik und empfindet es als positiv, von seinem Alltag und der Familie losgelöst zu sein.

Zu den über die im Fragebogen hinausgehenden Dimensionen gehört auch die Gemeinschaft mit den „Mitkurenden“. Diese hat einen Einfluss auf die positive Gesamtbeurteilung der Reha. Ein Rehabilitand (136), für den die Items S111, S121 und S138 vor der Rehabilitation kein Problem darstellen, beurteilt die medizinische Rehabilitationsmaßnahme auf der Skala von 0-10 trotzdem mit 8. Als ausschlaggebend für seine positive Bewertung gibt er im Interview immer wieder die „schöne Zeit“ mit der „netten Gruppe“ an:

136: „...es war wirklich ne tolle Kameradschaft, wir waren immer zusammen...“ (Interview Zeile 123)

136: „...also, ne lustige Kur, das hätte ich nicht erwartet...“ (Interview Zeile 314)

Diese Beispiele zeigen, dass die Patienten, deren Beschwerden gelindert werden können oder die ihre Erwartungen an die Rehamassnahme in der Klinik erfüllt sehen, die Maßnahme auch positiv bewerten.

Auch die negativen Urteile, die über die Dimensionen des Fragebogens hinausgehen, spiegeln sich in den Gesamtbeurteilungen der medizinischen Rehabilitation wieder. Es findet sich zum Beispiel eine Patientin (109), die die Maßnahme insgesamt auf der Skala von 0-10 mit 5 bewertet, deren allgemeine Schmerzen (S111), Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) sowie Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf den Alltag (S121) sich durch die Reha „etwas gebessert“ haben, die aber im Interview berichtet:

109: „...das war die erste und schönste Zeit, sozusagen...“ (Interview Zeile 243)

Die durchschnittliche Bewertung der Maßnahme führt sie auf die mangelhafte Sauberkeit in der Klinik zurück.

Auch Patienten, die zwar in der Klinik eine Linderung ihrer Beschwerden erfahren, diese aber zu Hause nicht aufrecht halten können, lassen diese Tatsache mit in ihr Gesamturteil fließen. Am Beispiel eines Rehabilitanden (110) lässt sich zeigen,

dass sich seine allgemeinen Schmerzen (S111) durch die Rehabilitation „etwas gebessert“, die Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) und die Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf den Alltag (S121) „stark gebessert“ haben, er die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt aber nur mit 6 bewertet. Im späteren Interview berichtet er, dass sich seine Beschwerden zwar während des Klinikaufenthalts gebessert hätten, er aber diesen Zustand zu Hause, trotz anschließenden medizinischen Muskelaufbautrainings nicht aufrecht halten kann:

110: „...ja, am Anfang wurde es besser und da hatte ich auch ein gutes Gefühl, so und denn bin nach Haus gefahren und einmal die Woche ins Rehazentrum und jetzt sind die Schmerzen wieder da...“ (Interview Zeile 167)

Es zeigt sich darüber hinaus, dass Patienten, die den Zeitraum der Rehamaßnahme als zu kurz beschreiben, dies auch in ihrer negativen Gesamtbewertung der Reha zum Ausdruck bringen. An einem Beispiel eines Rehabilitanden (107) lässt sich diese Dimension wie folgt abbilden. Der Patient beantwortet die Frage, ob sich die allgemeinen Schmerzen (S111) durch die Rehabilitation verändert haben mit „etwas gebessert“. Die Fragen, ob sich die Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (S138) und die Auswirkungen körperlicher Beschwerden auf den Alltag (S121) durch die Rehabilitation verändert haben, mit „stark gebessert“. Die medizinische Rehabilitation beurteilt er insgesamt aber nur mit 3. Im folgenden Interview erklärt er, dass ihm die Zeit gefehlt habe, seine Beschwerden ganz zu beseitigen.

Die über den Fragebogen hinausgehende Dimension der zu hohen Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme, bildet sich bei einem Fallbeispiel folgendermaßen ab. Der Rehabilitand (122) beantwortet die Frage nach den Items S111, S121 und S138 mit „etwas gebessert“. Er sieht den Erfolg der medizinischen Rehabilitation insgesamt auf der Skala von 0-10 bei 6. Im Interview spricht er positiv über die Reha. Er lobt das abwechslungsreiche Therapieangebot, die gute Organisation, das Personal, die Verpflegung und die Klinik allgemein. Der Patient erklärt seine Bewertung der Rehamaßnahme mit den Worten,

122: „...vielleicht hab ich beim ganzen Durchlesen den Gedankengang gehabt, es hätte vielleicht mehr bei rausspringen können...“ (Interview Zeile 429)

Die Tatsachen, dass die Tagesabläufe in der Klinik als zu anstrengend empfunden

werden und dass einige Rehabilitanden das Gefühl haben, nicht die richtigen Therapien für ihre umfassenden Beschwerden zu erhalten, spiegeln sich ungenügend in der Gesamtbeurteilung wieder. Die Beurteilung der medizinischen Rehabilitation lässt sich ausreichend mit den vorhandenen Items des Fragebogens zur Erfolgsbewertung erklären.

4. DISKUSSION

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass der Erfolg einer Rehabilitation für den einzelnen Patienten von mehreren Faktoren abhängt. Bezogen auf die Rückenschmerzen ist der Erfolg in den drei verschiedenen Gruppen unterschiedlich. Während die „generell Erfolgreichen“ die Rehabewertung von der Linderung ihrer Schmerzen abhängig zu machen scheinen, stellen die Patienten der Gruppe der „generell Erfolglosen“ andere Faktoren für ihr Urteil der Rehabilitation in den Vordergrund (schöne Zeit, Urlaub, stressiger Tagesablauf). Auch die dritte Gruppe bringt die Veränderung der verschiedenen Outcomes nicht in die Gesamtbewertung ein. Diese Patienten haben entweder noch nicht die geeignete Diagnose oder Therapie erhalten oder sie haben allgemein wenig Hoffnung auf eine Besserung ihrer Beschwerden.

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführten Studien bestätigen, dass ein Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen dann besteht, wenn der Patient seine Vorstellungen erfüllt sieht (Raspe 1998). Unterschiedliche Bewertungen von Rehamaßnahmen lassen sich darauf zurückzuführen, dass die Patienten mit verschiedenen Erwartungen und Vorstellungen in die Klinik gehen. Treten diese Erwartungen ein, führt dies zu einer positiven Beurteilung. Erfüllen sich die Erwartungen nicht, entsteht ein Negativurteil oder es kommt zu einer Verschiebung der Erfolgsdimensionen, wodurch dann ein positives Urteil zustande kommen kann. In dieser Studie bilden sich überwiegend positive Beurteilungen der Rehabilitation ab.

4.1 Einschränkungen der Studie („Limitation of the Study“)

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten sollten einige Grenzen der Studie berücksichtigt werden.

Selektionseffekte

Die teilnahmebereiten Personen stellen eine selbstselektive Stichprobe dar, es ist letztendlich nicht zu klären, welche Patienten und aus welcher Motivation, an der Studie teilgenommen haben. Der Datensatz der Deutschen Rentenversicherung Nord mit den in Frage kommenden Rehabilitanden enthielt überdurchschnittlich

viele Männer. Ein möglicher Grund hierfür kann die Häufung von RehaMaßnahmen bei Patienten aus dem Baugewerbe sein, die nach ihren alljährlichen betrieblichen Untersuchungen zu der Maßnahme geschickt worden sind. Die ungleiche Geschlechterverteilung kann eine Auswirkung auf die Interpretation der Daten haben. Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich, dass das durchschnittliche Alter der Stichprobe bei 48 Jahren lag. Bezüglich der Schulbildung kann festgestellt werden, dass der Anteil von Hauptschulabschlüssen überwiegt. Nach Meyer et al. (2009) haben Personen mit Abitur - unabhängig von ihren AU-Zeiten, Stellung eines Rentenantrags, Alter und Geschlecht - im Vergleich zu Rehabilitanden mit Hauptschulabschluss eine erhöhte Wahrscheinlichkeit in der Reha erfolgreich zu sein. Es zeigt sich, dass hauptsächlich handwerkliche Berufe von den Befragten ausgeübt werden. Diese Tatsache kann einen Limitationsfaktor darstellen, da diese Personen im besonderen Maße körperlichen Beanspruchungen ausgesetzt sind. Das damit verbundene mögliche Vorliegen irreversibler Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule könnte die Besserung ihrer Beschwerden im Rahmen der Rehabilitation einschränken. Der Zeitpunkt der Befragung differiert bei den Rehabilitanden zwischen vier und sechs Monaten nach der Maßnahme. Vermutlich werden die Eindrücke aus der Klinik und die damit verbundenen Erfolgsbewertungen mit zunehmender Zeit anders erinnert. Die Möglichkeit, dass positive Ereignisse an einem späteren Datum besser wahrgenommen werden, ist nicht auszuschließen (Meyer et al., 2009).

Eine weitere Einschränkung der Studiauswertung betrifft die Nebendiagnosen der Patienten. Es sind nur Rehabilitanden ausgewählt worden, deren Symptome den ICD-10-Kriterien M 50-54 entsprechen. Im Verlauf des Interviews stellen sich bei vielen Patienten Nebendiagnosen heraus, wie z.B. arthrotische Veränderungen in Hüft- oder Kniegelenken, angeborene Fehlstellungen, M. Scheuermann, degenerative Veränderungen wie Osteoporose, psychopathologische Erkrankungen, z.B. Depressionen oder Angststörungen, oder gar Multimorbidität, die den Erfolg der Reha negativ beeinflussen können. Die ungleiche gesundheitliche Ausgangslage der Patienten vor der Maßnahme begrenzt die Erfolgswahrscheinlichkeit.

Studiendesign

Das vorliegende Fall-Kontroll-Studien-Design birgt den Nachteil, dass die Patienten retrospektiv über ihre Rehaeindrücke berichten. Es ist davon auszugehen, dass das in der Rehaklinik Erlebte mit zunehmender Zeit positiver erinnert wird, während negative Erinnerungen verblassen. Es bleibt unklar, in welchem Gesundheitszustand sich der Patient vor der Maßnahme „wirklich“ befunden hat. Eine Berücksichtigung des „wahren“ Ausgangsniveaus des klinischen Verlaufs ist hierbei nicht möglich, obwohl sie eine entscheidende Determinante der Weiterentwicklung des Krankheitsverlaufs darstellt. Im Fragebogen werden die Patienten gebeten, ihren erinnerten Zustand vor der Rehabilitation anzugeben. Hierbei handelt es sich wie in den später geführten Interviews um eine erinnerte Prä-Messung. Die Bewertung der Veränderung erfolgt nach der Rehamassnahme mittels Fragebogen bzw. Interview.

Qualitative Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Sichtweisen von dem Patient transparent macht und ihn in seinem gesamten Lebensumfeld betrachtet. Sie hat zum einen die Einschränkung der mangelnden einheitlichen Vorstellung über das Forschungsverständnis, d.h. es fehlt eine übereinstimmende Definition. Zum anderen besteht eine Einschränkung durch die Interpretation des Forschers, der seine eigenen Sichtweisen und Standpunkte in die Auswertung mit einfließen lässt. Es ist wahrscheinlich, dass das Vorverständnis des Forschers einen Einfluss auf die Interviewauswertung ausübt. Die Patienten in ihrem Lebensumfeld und mit ihrer Krankheitsgeschichte kennen zu lernen, hat meine bisherige Meinung über Rückenschmerzpatienten nicht wesentlich verändert. Es gibt in der Stichprobe „Einzelschicksale“ mit einem großen Leidensdruck, die keine Hilfestellung für sich und ihre Schmerzsituation bekommen, obwohl sie sehr viel für ihre Gesundheit tun. Das Betrachten des Patienten in seinem gesamten Lebensumfeld, mit allen Faktoren, die ihn belasten, sei es familiär oder beruflich, hat meine generelle Ablehnung dieser Patienten abgemildert. Nichtsdestotrotz leidet der Großteil der Rehabilitanden schon sehr lange an chronischen Rückenschmerzen, ohne eine Lösung dagegen zu suchen bzw. zu finden. Trotz mangelhafter Eigeninitiative haben sie eine große Erwartungshaltung an ihre Umwelt. Die Patienten wirken hilflos und unverantwortlich gegenüber ihrer Gesundheit. Nach wie vor zeichnen sich für mich „erfolgreiche“ Patienten durch Motivation sowie die Bereitschaft und Disziplin, ihr Übungsprogramm selbstständig

durchzuführen, aus. Sie sollten Verhaltensänderungen in ihr tägliches Leben transferieren und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen.

Eine weitere Einschränkung der Studie besteht darin, dass die Befragung nur einen Zeitraum von durchschnittlich vier bis sechs Monaten nach der Rehabilitation berücksichtigt und somit keine Aussagen über längerfristige Erfolge gemacht werden können.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der verschiedenen Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung ging folgenden Fragen nach:

- Fragestellung 1: Wie bilden sich unterschiedliche, selbstberichtete Erfahrungen mit dem stationären Rehaaufenthalt im „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation - somatischer Bereich“ aus der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung ab?
- Fragestellung 2: Welche Bedeutung hat der Rehaaufenthalt im biographischen Kontext des Krankheitsverlaufs und der erfahrenen Behandlung?
- Fragestellung 3: Welcher Zusammenhang besteht zwischen den berichteten Urteilen über die Rehabilitation und der subjektiven Erfolgsbewertung?
- Fragestellung 4: In welchen, ggf. über die im Fragebogen hinausgehenden Dimensionen sehen die Patienten Erfolge oder Misserfolge bzw. positive oder negative „Nebenwirkungen“ ihres Rehaaufenthaltes? In wieweit bedingen diese Urteile die Bewertungen anderer Outcome-Dimensionen?
- Fragestellung 5: Welche weiteren Faktoren, die über den Fragebogen hinausgehen, sind für die Bewertung des Rehaaufenthaltes verantwortlich? In wieweit bedingen diese Urteile die Bewertungen anderer Outcome-Dimensionen?

4.2.1 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 1

Generell kann festgestellt werden, dass die berichteten Erfahrungen der Rehamaßnahme sich zwar im Fragebogen abbilden, es aber gruppenspezifische Unterschiede gibt. In der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ stimmen die Interviewergebnisse sehr gut mit denen des Fragebogens überein. Die Patienten der Stichprobe aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ bilden zwar ihr negatives

Outcome in den Veränderungssitems des Fragebogens ab und berichten in den geführten Interviews von ihren negativen Erfahrungen bzw. von ihren Misserfolgen. In den Gesprächen relativieren sich jedoch bei einigen Patienten die schlechten Fragebogenergebnisse. Die Erfahrungen mit dem stationären Rehaaufenthalt der Patienten der mittleren Gruppe stellen sich in den Interviews positiver dar als die Ergebnisse des Fragebogens. Dieser Eindruck lässt sich an den Veränderungssitems „Verbesserung des Schwächegefühls in Körperteilen“ und „Veränderung der Alltagsaktivitäten“ veranschaulichen. Außerdem berichten einige Patienten über eine erlebte Schmerzlinderung während der Maßnahme, die dann über den Rehaaufenthalt hinaus nicht aufrechterhalten werden kann.

Verglichen mit der mittleren Gruppe, in der die Ergebnisse des Fragebogens mit den Interviews die größten Differenzen abbilden, zeigen sich in den anderen beiden Gruppen die meisten Übereinstimmungen.

Stellt man diese Ergebnisse neben andere Studien, die die Problematik von Patientenbefragungen behandeln, zeigen sich Übereinstimmungen bei Meyer et al. (2007a). Patienteninterviews liefern zusätzliche Information, die in dem Qualitätssicherungs-Fragebogen nicht abgebildet werden können. Patienten tendieren eher dazu, eine mittlere Kategorie anzukreuzen, so dass Variationen der Beschwerdesymptomatik nicht erfasst werden können. Viele Rehabilitanden sind unmotiviert bei der Beantwortung der Fragebögen, da sie glauben, ihre Urteile würden nicht interessieren (Meyer et al., 2007 a). Auch Ong et al. (2007) fanden in einer qualitativen Studie mit Patienteninterviews heraus, dass Personen mit chronischen Rückenschmerzen im Kontext ihres gesamten Lebens besser verstanden werden können und Fragebogenergebnisse besser interpretiert werden, wenn der Stellenwert der Erkrankung für den Patienten verstanden wird. Darüber hinaus gibt es für Patienten unterschiedliche Befindlichkeiten in ihrem Schmerzverlauf, die an einem Befragungszeitpunkt schwierig abzubilden sind.

In den in dieser Untersuchung geführten Interviews fällt auf, dass viele Patienten das Bedürfnis haben, sich mitzuteilen und über ihre positiven oder negativen Erfahrungen aus der Rehaklinik zu berichten. Die Rehabilitanden fühlen sich „gehört“, einige sehen es als Möglichkeit, durch ihre Kritik eine Verbesserung der Reha zu ermöglichen oder ihre Dankbarkeit über die positiven Erlebnisse und Hilfestellung auszudrücken. Es entsteht in den Gesprächen ein „kompletteres“ Bild eines jeden Patienten. Dazu gehören die Ausgangslage vor der Reha, die

Versuche sich selbst mit den Schmerzen zu helfen, die Probleme durch die Beschwerden, die Auswirkungen in allen Bereichen des täglichen Lebens und der damit verbundene Stellenwert der Erkrankung. Der Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Charaktereigenschaften des einzelnen Patienten, seinem Leidensdruck und dem Ergebnis der Rehamaßnahme können besser verstanden werden. Der Fragebogen bietet nur einen kleinen Einblick in die Beurteilung der Rehabilitation. Diese ist von vielen Faktoren abhängig, die nur in Gesprächen mit Patienten zu erfahren sind. Dazu gehören vor allem der Stellenwert der Erkrankung im Leben des Rehabilitanden und die damit verbundenen Auswirkungen auf seinen privaten und beruflichen Alltag. Der Fragebogen bietet nur bedingt Raum für individuelle Unterschiede der Rehabilitanden. Bei Unsicherheiten in der Beantwortung verschiedener Fragen wählen die Patienten entweder eine mittlere Bewertungskategorie, beantworten die Frage gar nicht oder lassen sich in ihren Urteilen durch andere in der Reha erlebte Eindrücke leiten. Dennoch kann festgehalten werden, dass eine generelle Übereinstimmung zwischen Fragebogen und Interviewergebnis besteht.

4.2.2 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 2 und 3

Die Bedeutung des Rehaaufenthaltes im biographischen Kontext der Rehabilitanden zeigt sich zunächst bei der Gruppe der „generell Erfolgreichen“. Bei diesen Patienten nimmt die Rehamaßnahme einen hohen Stellenwert in ihrem Beschwerdeverlauf ein. Sie sehen die Reha als Möglichkeit, ihre Rückenschmerzen aus eigenem Antrieb zu verbessern, sind aus Eigeninitiative zu der Maßnahme gekommen und können das in der Klinik Erlernte in ihren häuslichen und beruflichen Alltag transferieren. Ihre Schmerzen können gelindert oder im besten Fall behoben werden. Die Reha hat ihnen Möglichkeiten aufgezeigt, sich selbst aus ihrer Beschwerdesituation zu helfen. Alle Patienten dieser Gruppe stehen in einem festen Arbeitsverhältnis.

Die Gruppe der „generell Erfolgrlosen“ zeichnet sich in dieser Fragestellung durch einen geringen Stellenwert der Reha in ihrem Krankheitsverlauf aus. Die Patienten erwarten keine prägnante Verbesserung ihrer Rückenschmerzen. Ihre Vorstellungen im Bezug auf die Rehabilitation beschränken sich auf „Erholung“, „Freizeit“ und „Massagen“. Die grundsätzliche Hoffnungslosigkeit vieler Personen

lässt sich in allen Lebensbereichen wieder finden. Einige sind arbeitslos oder geben Probleme am Arbeitsplatz an, sind allein stehend oder es fehlt an stabilen sozialen Strukturen, wie Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, Hobbys. Des Weiteren fallen viele Patienten dieser Gruppe durch eine lange Dauer ihrer Rückenschmerzen auf, die im Mittel bei zehn Jahren liegt. Außerdem zeigt diese Patientengruppe im Verhältnis zu den anderen beiden Gruppen viele Raucher (drei von acht Rehabilitanden). Rauchen stellt einen Risikofaktor bei der Entstehung von chronischen Rückenschmerzen dar.

In der mittleren Gruppe dagegen hat nur ein Patient die Eigeninitiative zur Reha ergriffen. Bei diesen Rehabilitanden hat der Rehaaufenthalt keine große Bedeutung für den Beschwerdeverlauf. Vielen fehlt der Transfer von erlernten Übungen und Verhaltenstherapien aus der Klinik in den Alltag. Sie wirken resigniert und scheinen bei der Suche nach geeigneten Therapien zu ihrer Rückenschmerzbehandlung noch nicht angekommen zu sein.

Die Bedeutung der Rehamaßnahme im biographischen Kontext des Krankheitsverlaufs bildet sich auch in anderen nationalen und internationalen Studien ab. So beschreiben McCracken et al. (2004) den Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der Schmerzen und der Schmerzveränderung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Der aktive Wille des Patienten, Verhaltensänderungen umzusetzen, hängt davon ab, ob diese auf lange Sicht funktional für ihn sind und sich mit den für ihn im Leben wichtigen Dingen vereinbaren lassen (Familie, Freunde, Arbeit, Gesundheit). Die Ergebnisse der Studie von Kerns und Rosenberg (2000) bestätigen ebenfalls die Resultate dieser Untersuchung. Die Arbeitsgruppe zeigte, dass die Hoffnung auf Besserung der Rückenschmerzen von der Mitarbeit des Patienten abhängig ist. Dieses Selbstmanagement hängt vom Patiententyp und dessen Bereitschaft, sein Verhalten zu ändern, ab. Diese unterschiedliche Bereitschaft zur Mitarbeit zeigen die Patienten der verschiedenen Gruppen der vorliegenden Arbeit. Eine mögliche Erklärung für das positive oder negative Erleben der Rehamaßnahme unabhängig von der erfahrenen Behandlung ist die Tatsache, dass Patienten die Interpretation von „Besserung“ sehr unterschiedlich erleben (Beaton et al., 2001). Was bedeutet es für den Patienten, eine Verbesserung seiner Lage erfahren zu haben? Beaton teilt dazu die Patienten in drei Gruppen, die Vergleichenden (sozial, zeitlich), die nicht-krank-Fühlenden (Schmerzen ja, krank nein) und die Personen mit einer

Bewältigungsstrategie. Er zeigt, dass zwei Patienten bei gleicher Besserung zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Die unterschiedlichen Einstellungen der Rehabilitanden zu ihrer Krankheit und ihr Selbstmanagement mit ihren Schmerzen lassen sich in den Gruppeneinteilungen wieder finden. Zu diesem Ergebnis sind auch Meyer et al. (2009) in ihrem Projekt über das Wirksamkeitsproblem der stationären medizinischen Rehabilitation gekommen. Zum einen bestätigt sich die positive Bewertungstendenz bei der direkten Veränderungsmessung, zum anderen ist der Erfolg abhängig von den persönlichen, soziodemographischen Unterschieden der Rehabilitanden.

Die Diskussion der Ergebnisse der folgenden Fragestellung ist von der vorherigen nicht klar abzugrenzen. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Urteilen über die Rehabilitation und ihren Erfolgsbewertungen in den drei unterschiedlichen Gruppen. Die Reha wird insgesamt von den Patienten positiv bewertet, unabhängig davon, ob sie eine Linderung ihrer Beschwerden erreicht haben oder nicht. Die „generell Erfolgreichen“ und die „generell Erfolglosen“ nutzen bei ihrer Beurteilung die gesamte Spanne der 11-stufigen Skala von besonders schlecht bis ausgezeichnet, während sich die mittlere Gruppe durch sehr positive Ergebnisse auszeichnet. Es scheint also Parameter zu geben, die die Rehabilitation unabhängig von ihrem Erfolg positiv oder negativ erscheinen lassen. Vorliegende Ergebnisse zeigen, dass es entweder an der Methode der direkten Veränderungsmessung liegen könnte, die positivere Erfolge abzubilden scheint als die Bestimmung der Effekte im Rahmen einer indirekten Veränderungsmessung (Prä- Post bzw. Follow-up-Vergleiche) oder an den unterschiedlichen persönlichen Einstellungen der Rehabilitanden in den unterschiedlichen Gruppen (Meyer et al., 2009). Der viel untersuchte soziodemographische Hintergrund der einzelnen Patienten könnte auch hier einen Einfluss auf die Bedeutung des Rehaaufenthaltes haben. Bendix et al. (1998) fanden in ihrer Studie mit 816 Patienten mit chronischem Rückenschmerz einen Zusammenhang zwischen dem Erfolg der Behandlung auf lange Sicht (Follow-up nach einem Jahr) und dem demographischen, psychischen und soziodemographischen Hintergrund der Patienten. Hierbei wurde die Gruppe der Patienten, die eine Behandlung erhielten mit einer Gruppe untherapierter verglichen. Diejenigen, die älter, über einen längeren Zeitraum vor der Behandlungsmaßnahme arbeitsunfähig waren und eine

besonders hohe Schmerzintensität angaben, haben keine Veränderung durch die Behandlung erfahren. In Eigeninitiative durchgeführte sportliche Betätigung und andere Freizeitaktivitäten hatten einen positiven Einfluss auf einige Outcome-Parameter (Bendix et al., 1998). Darüber hinaus gilt es als erwiesen, dass das positive Outcome in der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen erheblich von der Verhaltensänderung, dem Transfer des Übungsprogramms in den Alltag und dem spezifischen Übungsprogramm in der Rehaklinik abhängt (Descarreaux M. et al., 2002). Auch van Tulder et al. (2000) bewerten den Einfluss von gezielter Verhaltenstherapie auf die Linderung von chronischen Rückenschmerzen sehr hoch. Es sollte zur Verbesserung der Outcomes in der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ein gezieltes physiotherapeutisches Übungsprogramm und eine Verhaltenstherapie für den häuslichen und beruflichen Bereich angestrebt werden. Hier stellt sich allerdings nun die Frage, wie Patienten motiviert werden können und von welchen Faktoren es abhängt, ob ein Patient bereit ist, selbst an dem Heilungsprozess seiner Rückenschmerzen zu arbeiten. Dazu teilen Benjaminsson et al. in ihrer Studie Patienten nach deren Einstellung zu ihrer Erkrankung in drei Gruppen. Zum einen diejenigen, die ständig auf der Suche nach einer Ursache sind, welche aber durch Katastrophisieren, Hilflosigkeit und Vermeidungsstrategien passiv bleibt. Die zweite Gruppe beinhaltet die Patienten, die durch sekundären Krankheitsgewinn kein Interesse an der Auseinandersetzung mit ihren Rückenschmerzen haben. Durch die ständige Unterdrückung der Schmerzen sind diese Patienten von Zeit zu Zeit depressiv. Die Patienten der dritten Gruppe verstehen zwar den Auslöser ihrer Beschwerden, verändern aber ihr Verhalten nicht und haben dadurch weiter Schmerzen. Präventiv für chronische Rückenschmerzen wirken aber gerade Selbstmanagement-Strategien, Änderung der Gewohnheiten durch die Erklärung der Ursache sowie Strategie- und Therapiesuche zur Bekämpfung der Schmerzen. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Patienten mit chronischen Rückenschmerzen unterschiedlich auf das Auftreten von Rezidiven reagieren und unterschiedliche Bereitschaft zeigen, Verhaltensänderungen umzusetzen, die weiteres Auftreten von Schmerzen verhindern. Diese Unterscheidungen bieten wichtige Aspekte im Rehabilitationsprozess von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Benjaminsson et al., 2007). Eine Lösung könnte sein, individueller auf die einzelnen Patientencharaktere einzugehen und sie so

effektiver zu behandeln. Darüber hinaus bleibt die Frage offen, ob sich die Motivation der Rehabilitanden an ihrer Rückenschmerzproblematik selbst zu arbeiten, aus dem Erfolg der erfahrenen Therapien ergibt, schon im Vorfeld besteht oder der Misserfolg zur Demotivation führt. Chew und May (1997) zeigten, dass unspezifischen Rückenschmerzen für die Patienten einen Vorteil darstellen, da sie diesen einen Rückzug aus sozialen Verpflichtungen bieten. Durch Heilung der Krankheit würden sie diesen Vorteil aufgeben. Der Erfolg einer Therapiemaßnahme bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ist darüber hinaus vom Zeitpunkt der Erstdiagnose abhängig. Frühzeitige Behandlung von Rückenschmerzen erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Arbeitsunfähigkeit der Patienten zu verkürzen und ihre Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu lindern (Fancet, 1999). Die erfolglosen Patienten der vorliegenden Studie leiden zum Teil zwischen zehn und zwanzig Jahren an ihren Beschwerden. Es ist allerdings im Nachhinein nicht nachvollziehbar, ob die Patienten bei dem ersten Auftreten ihrer Rückenschmerzsymptome ihren Arzt konsultierten und ob bzw. in welcher Form sie Hilfe erfahren haben.

4.2.3 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 4

Die über den Fragebogen hinausgehenden Erfolge bzw. positive „Nebenwirkungen“ für die Rehabilitanden (Höder et al., 2007) finden sich in dieser Untersuchung in dem Erfolg der Bewältigung von Ängsten. Es handelt sich zum einen um die Angst vor schmerzauslösenden Bewegungen und zum anderen um die Angst vor Beschwerden am Arbeitsplatz. Die betroffenen Patienten sehen diese positive Veränderung als einen der größten Erfolge ihrer Rehamaßnahme. Vergleicht man diese Ergebnisse mit vorliegenden Studien, zeigt sich eine Übereinstimmung bei Woby et al. (2004). Sie beschreiben den Zusammenhang von Schmerzlinderung chronischer Rückenschmerzpatienten und der Vermeidung der Ängste vor schmerzauslösenden Bewegungen. Patienten, die lernen, dass Bewegung am Arbeitsplatz oder andere körperliche Betätigung nicht in Zusammenhang mit ihren Rückenschmerzen stehen, können ihre Erwerbsunfähigkeit oder ihre körperlichen Einschränkungen im privaten Bereich bekämpfen. Auch Verbund et al. (2003) kommen zu dem Ergebnis, dass die Vermeidung von Bewegung durch die Angst vor Rückenschmerzen zu

Muskelatrophie, metabolischen Veränderungen, Osteoporose, Adipositas, Konditionsverlust oder der Abnahme von Koordination führen kann. Daraus ergibt sich ein „Teufelskreis“ für die Bekämpfung von chronischen Rückenschmerzen, der nur durch die Behebung der bewegungseinschränkenden Angst zu durchbrechen ist. Dass die Vermeidung von Ängsten zur Minderung chronischer Rückenschmerzen führt, zeigen auch die Ergebnisse einer Studie von Gaskell et al. (2007). Patienten konnten hier durch das Erlernen von Verhaltensänderungen und Angstbekämpfung eine signifikante Verbesserung ihrer Situation erfahren. Voraussetzung für die Umsetzung dieser Ergebnisse ist, dass die Bewegungsvermeidung als solche entdeckt, gezielt behandelt und der oben beschriebene „Teufelskreis“ durchbrochen wird.

Auf der anderen Seite sehen wir als negative Nebenwirkung den Verlust des Arbeitsplatzes nach der Maßnahme. Es bleibt spekulativ, ob die Rehabilitation der eigentliche Auslöser für die Entlassung der beiden Personen war, oder ob sie ohnehin ihren Arbeitsplatz verloren hätten. Die Beurteilung der Rehabilitation scheint von dieser Tatsache unbeeinflusst, denn die Patienten geben andere, im Fragebogen erfasste Dimensionen als Ursache ihrer schlechten Reha-beurteilung an. Im Vergleich zu anderen Studien zählen Arbeitsplatzprobleme bzw. Arbeitsplatzverlust zu den von Höder beschriebenen „Nebenwirkungen“ der Rehabilitation (Höder et al., 2007). Die Problematik der Arbeitsunfähigkeit wird auch in einigen internationalen Studien beschrieben. Watson et al. (2004) kommen zu dem Ergebnis, dass die Arbeitsunfähigkeit von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ein erhebliches sozialwirtschaftliches Problem darstellt, das schwierig zu beheben ist, da diese Patienten durch ihre fehlende Motivation, durch ihre depressiven Zustände und somatische Ängste keinen positiven Prozess durchmachen, der sie motiviert zurück in die Arbeitsfähigkeit zu gelangen. Die generelle Resignation der Patienten spiegelt sich auch in dieser Stichprobe wieder, denn die Rehabilitanden, die ihre Arbeit verloren haben, wirken über ihre Situation frustriert, hoffnungs- sowie hilflos mit ihrer mangelnden Leistungsfähigkeit im privaten und beruflichen Bereich. Sie erwarten Hilfe von außen in Form von Rentenleistungen oder ärztlichen bzw. therapeutischen Heilmethoden. Eine Option diesen Patienten besser zu helfen, könnte eine gezielte Psychotherapie oder ein noch stärkeres Bemühen, die Betroffenen wieder in für sie sinnvolle Beschäftigung (d.h. ihrem Gesundheitszustand angemessen)

zu bringen, sein.

4.2.4 Diskussion der Ergebnisse Fragestellung 5

Eine Reihe von Ergebnissen bietet die Beantwortung der Frage nach den weiteren Faktoren, die über den Fragebogen hinausgehen und die Beurteilung des Rehaaufenthaltes beeinflussen. Als positive Eindrücke in der Reha erleben die Patienten die Gruppe der Mitpatienten, die Tatsache, während der Reha Abstand zu ihrem Alltag erfahren zu haben und das Gefühl während der Zeit „versorgt“ zu werden. Diese für den Rehabilitanden positiven Effekte bilden sich in der Beurteilung der Gesamtmaßnahme ab. Von der Linderung ihrer Rückenschmerzen bzw. Verbesserung ihrer gesamten Beschwerdesituation unabhängig, geben diese Faktoren den Ausschlag für die positive Rehabewertung. Dieses Ergebnis lässt die Vermutung zu, dass die Patienten ihre Erwartungen an die Rehabilitation erfüllt sehen und diese zum Teil unabhängig von ihren Beschwerden sind. Dieser Effekt findet sich auch in anderen Studien. Hush et al. (2009) beschreiben, dass die Linderung der Rückenschmerzen in den Hintergrund gerät, wenn die Patienten eine Verbesserung in anderen Bereichen erfahren. Dazu zählen z.B. die Verbesserung der generellen Gemütslage, das Nachlassen von allgemeiner Müdigkeit und Schwäche oder die generell veränderte Sichtweise im Umgang mit den Rückenschmerzen. Eine allgemeine Verbesserung der Lebenslage wird oft positiver in Erinnerung behalten, als die schlichte Schmerzreduktion. Diese positiven Erfahrungen in der Reha können auch Einfluss auf die depressive Verstimmung vieler Patienten haben. In diversen Studien wird über die Einflüsse von Depressionen auf chronische Rückenschmerzen berichtet. Dersh et al. (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen chronischen Wirbelsäulenerkrankungen und depressiven Störungen sowie anderen psychopathologischen Erkrankungen besteht. Meyer et al. (2007b) schätzen die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Personen mit depressiven Symptomen innerhalb von zwei Jahren an chronischen Rückenschmerzen erkranken werden, und andersherum, hoch ein. Movidí et al. (2003) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass es Zusammenhänge zwischen chronischen Rückenschmerzen ohne organische Pathologie und psychischen Problemen gibt. Personen mit pathologischen Veränderungen des Rückens geben zwar stärkere Schmerzen und

Einschränkungen an, können diese aber lindern. Patienten ohne pathologische Veränderungen der Wirbelsäule leiden unter psychologischen Beeinträchtigungen, wie z.B. Depressionen und weisen ihre Beschwerden über einen längeren Zeitraum auf. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Kombination aus gezielter Physiotherapie mit effektivem, den Bedürfnissen des Patienten angepasstem, Bewegungs-, Übungs- und Verhaltensprogramm und psychotherapeutischer Behandlung den Erfolg von medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verbessern könnte.

Generelle über die Dimensionen des Fragebogens hinausgehende negative Faktoren, die die Bewertung der Rehamaßnahme von Patienten beeinflussen, sind die mangelhafte Sauberkeit der Klinik (die zwar im Fragebogen unter dem Item S42 erfasst wird, aber dennoch häufig von den Befragten thematisiert wird), die als zu kurz aufgefasste Dauer der Maßnahme, der als ermüdend beschriebene Tagesablauf, die nicht auf ihre Beschwerden abgestimmten Therapien und die mangelnde Aufrechterhaltung der Schmerzlinderung über den Rehaaufenthalt hinaus. Stellt man diese Ergebnisse anderen Studien gegenüber, finden sich Übereinstimmungen in den Daten von Höder et al. (2007). Hier werden ähnliche Nebenwirkungen beschrieben, wie der erlebte Stress während des Rehaaufenthaltes, der Verlust der häuslichen Umgebung oder Zusatzkosten durch die Reha (z.B. Kneipenbesuche). Bezogen auf die anderen berichteten Nebenwirkungen in der erhobenen Stichprobe entsteht allerdings der Eindruck, dass die Patienten aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ die Sinnhaftigkeit der Maßnahme nicht wahrgenommen haben. Es ist nicht zu erkennen, dass diese Patientengruppe die Eigeninitiative zur Bekämpfung ihrer Beschwerden ergreift. Die Einsicht der Wichtigkeit von Übungsprogrammen und häuslichen Therapieeinheiten nach der Reha fehlt. Bestehende Studien zeigen, dass gerade ein spezifisches Übungsprogramm mit Dehnungs-, Aerobic- und Krafttraining die tägliche Aktivität steigert. Verhaltenstraining ist ein Indikator für das Zurückkehren an den Arbeitsplatz und erhöht die Effektivität von Rehamaßnahmen (Werneke et al., 1993). Auch Meyer et al. (2009) kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass ein größerer Rehaerfolg erzielt werden kann, wenn Patienten ein höheres Ausmaß an Bewegung in der Klinik erfahren und die Bewegungstherapie einen zentralen Stellenwert in der Reha bekommt. Demgegenüber stehen auch Studien, die aussagen, dass das Outcome von der Dauer und Menge von Übungsprogrammen

unabhängig ist. Rose et al. beschreiben in ihrer Studie, dass Einzel- oder Gruppentherapie und die Dauer der Übungseinheiten (15, 30 oder 60 Stunden) keinen signifikanten Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben (Rose et al., 1997).

4.3 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Einschätzung des Rehaerfolgs positiver ausfällt, als nach der pessimistischen Bewertung der Rückenschmerz-Reha in der Übersichtsarbeit von Hüppe und Raspe (2003, 2005) zu erwarten gewesen wäre. Die Patienten geben zum Zeitpunkt der Befragung Verbesserungen in verschiedenen Erfolgsdimensionen an, im Verhältnis dazu werden Verschlechterungen selten angegeben. Es konnte ein Eindruck gewonnen werden, von welchen Faktoren die Beurteilung der Patienten abhängt. Die Bewertung der Rehamaßnahme sollte daher keinen Indikator für den Erfolg der Rehabilitation darstellen. Die unterschiedlichen Erfolgsbewertungen hängen von patientenspezifischen Unterschieden ab, auf die in Zukunft zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation vermehrt eingegangen werden sollte. Der Patient muss mehr im Gesamtkontext seiner Krankheitsgeschichte gesehen werden, um ihn zu höherer Eigeninitiative zu motivieren und die Wichtigkeit bzw. die Ziele der Reha für jeden einzelnen in den Mittelpunkt zu rücken. Der Patient sollte erkennen, dass eine Verhaltensänderung, die Bekämpfung seiner Angst vor Bewegung und ein tägliches Übungsprogramm seine Rückenschmerzen lindern. Auf diesem Wege kann der Erfolg der Rehabilitation verbessert werden. Ein weiterer Aspekt könnte die Chronifizierung der Schmerzen sein, denn die Patienten aus der Gruppe der „generell Erfolglosen“ litten überdurchschnittlich lange (im Mittel seit 10-20 Jahren) an ihren Beschwerden. Diese Tatsache sollte Mediziner, Therapeuten und die Kostenträger im Hinblick auf die frühzeitige Behandlung von Rückenschmerzpatienten sensibilisieren. Sie sollten dem Patienten rechtzeitig eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme anraten. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Patienten, die vor der Rehamaßnahme einen Rentenantrag gestellt haben, mit dem Gedanken spielen dies zu tun oder berufliche Einschränkungen aufweisen, nicht von der Rehabilitation profitieren. Auf diese Personengruppe müsste in der Klinik individueller eingegangen werden.

Unterschiedliche Probleme sollten effektiver, auf den Patienten zugeschnitten, bearbeitet werden.

Die Frage nach der Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen bleibt auch weiterhin unklar und sollte weiterhin in randomisiert-kontrollierten Studien mit einer Kontrollgruppe, die keine Rehabilitationsmaßnahme erhält, geklärt werden.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Das gehäufte Auftreten von Rückenschmerzen in westlichen Industriestaaten verursacht hohe medizinische und sozialmedizinische Kosten. Die medizinische Rehabilitation stellt einen Behandlungsansatz der Rückenschmerzen dar, deren Wirksamkeit kontrovers diskutiert wird. Welchen Einfluss die Erhebungsmethode und personenspezifischen Unterschiede in der Erfolgsbewertung der Rehabilitation haben, ist unklar.

Ziel: Die Studie soll mögliche Gründe für die uneindeutige Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen explorieren. Angaben zum Erfolg bzw. Misserfolg in einem Fragebogen zur Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung sollen mit Informationen zum Erfolg der Reha aus einer ausführlichen Exploration im Rahmen eines qualitativen Interviews kontrastiert werden. Zusätzlich werden Kriterien für die Bewertung der Rehamaßnahme durch den Patienten identifiziert.

Methodik: Aus der Datenbank der Deutschen Rentenversicherung Nord wurden Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ausgewählt, die den Fragebogen zur Qualitätssicherung bearbeiten sollten. Mittels der Fragebogendaten wurden drei Gruppen gebildet; die „generell Erfolgreichen“, die „generell Erfolglosen“ und eine mittlere Erfolgsgruppe. Mit 19 Rehabilitanden der Stichprobe wurden leitfadenorientierte, qualitative Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels der Methode des thematischen Kodierens ausgewertet. Primäres Ziel war die Identifizierung inhaltlicher Kategorien, deren Ausprägung mit den Angaben im Fragebogen kontrastiert wurde und die zwischen den verschiedenen Gruppen differierten.

Ergebnisse: Die Berichte der Rehabilitanden spiegeln sich generell im Fragebogen wieder. Es zeigen sich gruppenspezifische Unterschiede. In der Gruppe der „generell Erfolgreichen“ stimmen die Ergebnisse des Fragebogens sehr gut mit den Interviews überein. Die Patienten der Gruppe der „generell Erfolglosen“ stellen ihre Erfahrungen mit der Rehabilitation meist etwas positiver dar, als die Fragebogenergebnisse vermuten lassen. Die Patienten der mittleren

Gruppe weisen die größten Differenzen auf, da sie ihre Rehaerfahrungen weit positiver darstellen als im Fragebogen angegeben.

Im biographischen Kontext hat die Reha für die „generell erfolgreichen“ Patienten einen hohen Stellenwert, da sie sie als Möglichkeit betrachten, ihre Rückenschmerzen aus eigenem Antrieb zu verbessern. Die Rehabilitanden der Gruppe der „generell Erfolglosen“ haben durch ihre geringe Hoffnung auf Schmerzlinderung, u. a. durch ihre zum Teil sehr lange Rückenschmerzdauer, der Maßnahme kaum einen Stellenwert in ihrem Beschwerdeverlauf eingeräumt. Auch in der mittleren Gruppe nimmt die Reha nur einen geringen Stellenwert im biographischen Kontext ein, da diese Patienten sich vor allem dadurch auszeichnen, dass sie noch auf der Suche nach geeigneten Therapien und Diagnosen sind.

Die Reha wird insgesamt von den Patienten eher positiv bewertet, unabhängig von der Beschwerdesituation und dem wahrgenommenen Erfolg der Maßnahme.

Als Erfolg, der über den Fragebogen hinausgeht, findet sich in der Stichprobe der Rehabilitanden die Bewältigung von Ängsten vor Bewegung. Eine über den Fragebogen hinausgehende negative Nebenwirkung ist bei einigen Patienten der Verlust des Arbeitsplatzes nach der Reha.

Generelle Faktoren, die über den Fragebogen hinausgehen und einen Einfluss auf die Beurteilung der Maßnahme haben, waren in der Stichprobe häufig zu finden. Positive Eindrücke, wie z.B. das Gefühl versorgt oder im Urlaub zu sein, aber auch negative Erlebnisse, wie z.B. ein stressiger Tagesablauf oder die zu kurze Dauer der Reha, bilden sich in der Beurteilung der Gesamtmaßnahme ab.

Schlussfolgerung: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich der Erfolg bzw. Misserfolg einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in dem Fragebogen zur Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung abbildet. Die Aussagen über die Rehabilitation in den Interviews hängen von unterschiedlichen personenspezifischen Merkmalen ab und lassen sich nicht auf den Erfolg bzw. Misserfolg der Maßnahme zurückführen. Die Bewertung der Rehamaßnahme sollte daher keinen Indikator für den Erfolg der Rehabilitation darstellen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Beaton DE, Tarasuk V, Katz JN, Wright JG, Bombardier C: „Are you better“ A Qualitative Study of the Meaning of Recovery. Arthritis Care & Research **2001**; S. 270-279

Bendix AF, Bendix T, Hastrup C: Can it be predicted which patients with chronic back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? A research for demographic, socioeconomic and physical predictors. Spine **1998**; 23, S. 1775-1783

Benjaminsson O, Biguet G, Arvidsson I, Nilsson- Wikmar L: Recurrent low back pain: relapse from a patient perspective. Journal of Rehabilitation Medicine **2007**; 39, S. 640-645

Chenot JF: Qualitätsentwicklung im Versorgungsprozess von Rückenpatienten, **2007**; www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de, Zugriff am 27.05.2009

Chew CA, May C: The benefits of back pain. Family Practice **1997**; 14, S. 461-465

Daykin AR, Richardson B: Physiotherapists` pain beliefs and their influence of the management of patients with chronic low back pain. Spine **2004**; 1; 29, S. 783-795

DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Leitlinien Kreuzschmerz **2003**. www.degam.de, Zugriff am 03.05.2009

Dersh J, Gatchel RJ, Polatin P: Chronic spinal disorders and psychopathology. Spine **2001**; 1, S. 88-94

Deutsche Rentenversicherung, Reha-Qualitätssicherung, Patientenbefragung. www.deutsche-rentenversicherung.de, Zugriff am 10.04.**2008**

Descarreaux M, Normand MC, Laurencelle L, Dugas C: Evaluation of specific home exercise program for low back pain. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics **2002**; 25, S. 497-503

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, www.dimdi.de, Zugriff am 17.05.2009

Du Bois M, Donceel P: A screening questionnaire to predict no return to work within 3 month for low back pain claimants. European Spine Journal **2008**; 17, S. 359-365

Egner U, Gewinn H, Schliehe F: Das Bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen **2002**; 96, S. 4-9

Egner U, Gewinn H, Buschmann-Steinhage R: Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation **2006**; 45, S. 221-231

Eklund M: Chronic pain and vocational rehabilitation: multifactoral analysis of symptoms, signs and psychologic demographics. Journal of Occupational Rehabilitation **1992**; 2, S. 53-66

Fancet J: Chronic low back pain: early interventions. Annual Reviews News **1999**;17, S. 155-182

Ficklscherer A: Orthopädie und Traumatologie. 1.Auflage Elsevier GmbH, München, **2005**; Spezieller Teil, S. 22-24

Frymoyer JW: Predicting disability from low back pain and illness. Clinical Orthopaedics **1992**; 279, S. 101-109

Gaskell L, Enright S, Tyson S: The effects of a back rehabilitation programme for patients with chronic low back pain. Journal of Evaluation in Clinical Practice **2007**; 13, S. 795-800

Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998; Kapitel 3.7 Arbeitsunfähigkeit, www.gbe-bund.de, Zugriff am 03.12.2008

Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998; Kapitel 7.9 Rehabilitation, www.gbe-bund.de, Zugriff am 03.12.2008

Gesundheitsbericht in Deutschland, 2006; Kapitel 1.2.5.1 Rückenschmerzen, www.gbe-bund.de, Zugriff am 03.12.2008

Gläser J, Landel G: Kap. 4.5 Experteninterviews führen. Aus: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Verlag: Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, **2004**; S. 167-185

Glattacker M, Jäckel WH: Evaluation der Qualitätssicherung-aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. Das Gesundheitswesen **2007**; 69, S. 277-283

Härkäpää K, Järvikoski A, Mellin G, Hurri H, Luoma J: Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low back pain patients: results of a 3-month follow up of a controlled intervention study. Pain **1991**; 46, S. 35-41

Hildebrand J, Pfingsten M, Saur P, Jansen J: Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. Spine **1997**; 9, S. 990-1001

Hildebrand J, Müller G, Pfingsten M: Kap.1. Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Aus: Lendenwirbelsäule-Ursachen, Hrsg: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M; Verlag: Urban und Fischer, 1. Auflage Elsevier GmbH, München, **2005**; S. 1-2

Hildebrandt J: Kap. 8 Leitlinien. Aus: Lendenwirbelsäule-Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Hrsg: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M; Verlag: Urban und Fischer, 1. Auflage Elsevier GmbH, München, **2005**; S. 681-690

Höder J, Mittag O, Arlt AC, Präcklein C, Raspe H: Risiken und Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation: Annäherungen an ein wenig beachtetes Thema. Zeitschrift für Allgemein Medizin **2007**; 83, S. 153-158

Hüppe A, Raspe H: Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Rehabilitation **2005**; 44, S. 1-10

Hush J, Refshange K, Sullivan G, De Souza L, Mather CG, McAuley JH: Recovery: What does this mean to patients with low back pain? Arthritis & Rheumatism **2009**; 61, S. 124-131

Kerns R, Rosenberg R: Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the pain stages of change model. Pain **2000**; 84, S. 49-50

Kohlmann T, Schmidt CO: Kap. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Aus: Lendenwirbelsäule. Hrsg. Hildebrand J, Müller G, Pfingsten M; Verlag: Urban und Fischer. 1. Auflage Elsevier GmbH, München **2005**; S. 3-65

Kohlmann T, Raspe H: Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methode der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation **1998**; 37, S. 38-46

Korsukèwitz Ch, Rohwetter M, Rauch B: Kap. 2 Definition und rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. Aus: Kardiologische Rehabilitation. Hrsg. Rauch B, Middeke M, Bönner G, Karoff M, Held K; Verlag: Thieme, Stuttgart **2007** S.4-6

Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J: Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. European Journal of Pain **2005**; 9, S. 15-24

Mayring P, Gläser-Zikuda: Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der qualitativen Inhaltsanalyse, **2005**. www.utb-stuttgart.de, Zugriff am 11.05.2009

McCracken L, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ: Acceptance and change in context of chronic pain. Pain **2004**; 109, S. 4-7

Meyer T, Deck R, Raspe H: Gültigkeit von Fragebogenangaben in der Rehabilitationsforschung: Unter welchen Bedingungen füllen Patienten Fragebogen aus? Rehabilitation **2006**; 45, S. 118-127

Meyer T, Deck R, Raspe H: Problems completing questionnaires on health status in medical rehabilitation patients. Journal of Rehabilitation Medicine **2007 a**; 39, S. 1-7

Meyer T, Cooper J, Raspe H: Disability, low back pain and depressive symptoms in the community-dwelling elderly: a prospective study. Spine **2007 b**, 1, 32, S. 2380-2386

Meyer T: Kap. 12 Kritische Bewertung von qualitativen Studien. Aus: Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis, Hrsg. Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N; Verlag: Deutscher Ärzteverlag **2007 c**; S.159-176

Meyer T: Patientenfragebögen in der Rehabilitation-Stärken und Problemfelder. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin **2008**; 18, S. 240-244

Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H: „Analyse des Wirksamkeitsproblems der stationären medizinischen Rehabilitation: Inwieweit werden potentielle Erfolge durch vorliegende Untersuchungsansätze maskiert?“, Projektbericht für die Deutsche Rentenversicherung Bund **2009**

Meyer T, Richter S, Blessmann A, Raspe H: subm. Indirect measures of change corresponded with quasi-indirect, not with measures of change. **2009**

Mofidi A, Sedhom M, O`Shea K, Moore D, Fogarty E, Dowling F: Usefulness of functional outcome questionnaires in primary screening of spinal disease. Journal of Spinal Disorders & Techniques **2003**; 16, S. 66-70

Müller G, Lühmann D: Kap. 4 Prävention. Aus: Lendenwirbelsäule. Hrsg. Hildebrand J, Müller G, Pfingsten M; Verlag: Urban und Fischer. 1. Auflage Elsevier GmbH, München **2005**; S. 165-185

Ong, B, Hooper H, Jinks C, Dunn K, Croft P: „I suppose that depends on how I was feeling at the time“: perspectives on questionnaires measuring quality of life and musculoskeletal pain. Journal of Health Service Research and Policy **2007**; S.1-8

Pengel L, Herbert R, Maher CG, Refshauge KM: Acute low back pain: systematic review of its prognosis. British Journal of Medicine **2003**; S.323-327

Raspe H: Wie lässt sich der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen beurteilen? Zeitfragen der Medizin. Hrsg. Köpperling J; Verlag: Springer, Berlin **1998**, S.141-148

Raspe H, Kohlmann: Die aktuelle Rückenschmerzepidemie. Aus: Chronische Rückenschmerzen-Wege aus dem Dilemma. Hrsg. Pfingsten M, Hildebrand J; Verlag: Hans Huber, Bern **1998**, S. 20-33

Raspe H, Hüppe A: Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Rehabilitation* **2003**; 42, S. 143-154

Rose MJ, Reilly JP, Pennie B, Bowen-Jones K, Stanley IM, Slade PD: Chronic low back pain rehabilitation programs: a study of the optimum duration of treatment and a comparison of group and individual therapy. *Spine* **1997**; 1; 22, S. 2246-2251

Schiphorst Preuper HR, Reneman MF, Boonstra AM, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Geertzen JH, Brouwer S: Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. *European Spine Journal* **2008**; 17, S. 1448-1456

Spinhoven P, TerKuile MM, Linssen ACG, Gazedam B: Pain coping strategies in a dutch population of chronic low back pain patients. *Pain* **1989**; 37, S. 77-83

Thomas JS, France CR: Pain-related fear is associated with avoidance of spinal motion during recovery from low back pain. *Spine* **2007**; 15, 32, S.460-466

Urquart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW: Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Systematic Reviews* **2008**; 23, CD001703

van der Roer N, van Tulder M, Barendse J, Knol D, van Mechelen W, de Vet H: Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *European Spine Journal* **2008**; 17, S. 1193-1200

van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ: Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* **2000**; 15, 25, S. 2688-2699

Verbund JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, van der Heijden GJ, Heuts PH, Pons K, Knottnerus JA: Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms.. European Journal of Pain **2003**; 7, S. 9-21

Wagner R, Meerts S: Ursachenvorstellung von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in ihren subjektiven Theorien über ihre Erkrankung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie **2002**; 10, S.79-89

Widera T, Klosterhuis H: Patientenorientierung in der Praxis- 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RV aktuell **2007**; Jg. 54, 6, S. 177-182

Watson PJ, Booker CK, Moores L, Main CJ: Returning the chronically unemployed with low back pain to employment. European Journal of Pain **2004**; 8, S. 359-369

Werneke MW, Harris DE, Lichter RL: Clinical effectiveness of behavioral signs for screening chronic low-back pain patients in a work-oriented physical rehabilitation program. Spine **1993**; 18, S. 2412-2418

Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M: Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing and appraisals of control predictive of change in chronic low pack pain and disability? European Journal of Pain **2004**; 8, S. 201-210

7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AU	Arbeitsunfähigkeit
AZ	Aktenzeichen
BSV	Bandscheibenvorfall
CT	Computertomographie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LCA	Latent-Class-Analyses
LWK	Lendenwirbelkörper
M	Mittelwert
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographie
MTT	Medizinisches Aufbautraining
N	Anzahl Gesamtstichprobe
n	Anzahl Analyseebene
NSAR	non-steroidale Antirheumatika
p-Wert	Die Wahrscheinlichkeit, dass eine beobachtete Differenz zwischen zwei Mittelwerten durch den Zufall bedingt ist.
Reha	Rehabilitation
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von Derogatis
SD	Standardabweichung
SF-36	Short Form 36 Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
WHO	World Health Organisation

7. VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Tabelle 1: Formulierte Outcome-Bereiche für Reha- Patienten mit chronischen Rückenschmerzen auf der Basis des QS- Fragebogens: zugehörige Items, Anteil Patienten mit Problemen im jeweiligen Bereich vor der Reha, konzeptionelle Zuordnung (Meyer et al., Abschlussbericht zur Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen, 2009)	29
Tabelle 2: Gegenüberstellung interviewte/nicht interviewte Rehabilitanden	37
Tabelle 3: Merkmale der Interviewten Patienten nach ihrer Gruppeneinteilung....	39
Tabelle 4: Merkmale der Patienten	40
Tabelle 5: Outcome- Dimensionen der unterschiedlichen Gruppen.....	51
Abbildung 1: schematischer Überblick des Studienablaufs	24
Abbildung 2: Unterschiede in der Beurteilung der Rehabilitation der verschiedenen Gruppen	75

8. ANHANG

Anhang 1: ICD M 50-54

M50.- Zervikale Bandscheibenschäden

Inkl.:	Zervikale Bandscheibenschäden mit Zervikalneuralgie Zervikothorakale Bandscheibenschäden
M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie
Exkl.:	Brachiale Radikulitis o.n.A. (M54.13)
M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung
M50.3	Sonstige zervikale Bandscheibendegeneration
M50.8	Sonstige zervikale Bandscheibenschäden
M50.9	Zervikaler Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet

M51.- Sonstige Bandscheibenschäden

Inkl.	Thorakale, thorakolumbale und lumbosakrale Bandscheibenschäden
M51.0	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
Inkl.	Ischialgie durch Bandscheibenschaden
Exkl.	Lumbale Radikulitis o.n.A. (M54.16)
M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
Inkl.	Lumbago durch Bandscheibenverlagerung
M51.3	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration
M51.4	Schmorl-Knötchen
M51.8	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden
M51.9	Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet

M53.- Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert

M53.0	Zervikozephales Syndrom
Inkl.	Sympathisches hinteres Zervikal-Syndrom
M53.1	Zervikobrachial-Syndrom
Exkl.	Thoracic-outlet-Syndrom (G54.0) Zervikaler Bandscheibenschaden (M50.-)
M53.2	Instabilität der Wirbelsäule
M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert
Inkl.	Kokzygodynie
M53.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M53.9	Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet

M54.- Rückenschmerzen

Exkl.	Psychogener Rückenschmerz (F45.40)
M54.0	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion
Exkl.	Pannikulitis Lupus- (L93.2) rezidivierend [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] (M35.6) o.n.A. (M79.3-)
M54.1	Radikulopathie
Inkl:	Neuritis oder Radikulitis: -brachial -lumbal -lumbosakral -thorakal Radikulitis o.n.A.
Exkl.	Neuralgie und Neuritis o.n.A. (M79.2-) Radikulopathie bei: lumbalem und sonstigem Bandscheibenschaden (M51.1)

	Spondylose (M47.2-) zervikalem Bandscheibenschaden (M50.1)
M54.2	Zervikalneuralgie
Exkl.	Zervikalneuralgie durch zervikalen Bandscheibenschaden (M50.-)
M54.3	Ischialgie
Exkl.	Ischialgie: -durch Bandscheibenschaden (M51.1) -mit Lumbago (M54.4) -Läsion des N. ischiadicus (G57.0)
M54.4	Lumboischialgie
Exkl.	Durch Bandscheibenschaden (M51.1)
M54.5	Kreuzschmerz
Inkl.	Lendenschmerz Lumbago o.n.A. Überlastung in der Kreuzbeingegend
Exkl.	Flankenschmerz-Hämaturie-Syndrom (N39.81) Lumbago durch Bandscheibenverlagerung (M51.2) Lumboischialgie (M54.4)
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
Exkl.	Schmerzen durch Bandscheibenschaden (M51.-)
M54.8	Sonstige Rückenschmerzen
M54.9	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet
Inkl.	Rückenschmerzen o.n.A.

Anhang 2: Fragebogen

Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Rehabilitation

Hinweise zum Ausfüllen

Bitte beantworten Sie alle Fragen und beachten Sie dabei die folgenden Hinweise:

Setzen Sie Ihre Kreuzchen in **eines** der dafür vorgesehenen Kästchen. Vermeiden Sie möglichst Ankreuzungen zwischen den Kästchen.

Beispiel:

Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:					S
trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
☐	☒	☐	☐	☐	5
1	2	3	4	5	

Die kleinen Zahlen oder Buchstaben unter oder neben den Kästchen sowie am rechten Rand der Seiten haben für Sie keine Bedeutung. Sie erleichtern später die Bearbeitung Ihres Fragebogens.

Einige Fragen beziehen sich auf Problembereiche, die für Sie möglicherweise nicht zutreffen. Ist dies der Fall, kreuzen Sie bitte "Nein" an und gehen Sie zur nächsten Frage über.

Trifft das Problem jedoch auf Sie zu, kreuzen Sie bitte "Ja" an und füllen auch den zweiten Teil der Frage aus, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das am Besten zutrifft.

Beispiel:

Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen <u>vor der Rehabilitation denken</u> - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?		S
Schmerzen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein ☐ 1 Ja ☒ 2		110
Falls ja, haben sich diese ...		
stark gebessert?.....	☐ 1	111
etwas gebessert?.....	☒ 2	
nicht verändert?.....	☐ 3	
etwas verschlechtert?.....	☐ 4	
stark verschlechtert?.....	☐ 5	

Wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte die entsprechende Zahl ein.

Beispiel:

Ihr Alter?.....	5 2 Jahre	S 166
-----------------	---	----------

Patientenfragebogen für die somatischen
Indikationsbereiche 09/1998 VDR/BFA

G6947 EDV (Bl. 3)
Forms 80H003 - V005 - 05/02

Fragebogen-Nr.

2

REHA-QUALITÄTSSICHERUNGSPROGRAMM DER
GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

PROGRAMMPUNKT 4: PATIENTENBEFRAGUNG

FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER REHABILITATION

1. AUFLAGE, FEBRUAR 1998

© 1998 BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE, LANDESVERSICHERUNGSANSTALTEN, BUNDESKNAPPSCHAFT,
BAHNVERSICHERUNGSANSTALT UND SEEKASSE IM VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER

G6947 EDV (Bl. 4)
Form 80H004 - V005 - 05/02

Fragebogen-Nr.

I. Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

1. Wie viele Wochen sind seit Ihrer Entlassung aus der Rehabilitationsklinik vergangen?

Wochen

S

1

Wie viele Wochen hat diese letzte Rehabilitation gedauert?

Wochen

2

Waren Sie vorher schon einmal zur Rehabilitation?

Nein ☐ 1

Ja ☐ 2

Falls ja, wie oft? mal

3/4

2. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht:

trifft überhaupt
nicht zu

☐
1

trifft eher
nicht zu

☐
2

trifft teils zu,
teils nicht zu

☐
3

trifft eher zu

☐
4

trifft voll und
ganz zu

☐
5

S

5

II. Fragen zum Klinikaufenthalt

3. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation

S

Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung
erhalten.....

trifft
überhaupt
nicht zu

☐

trifft eher
nicht zu

☐

trifft teils
zu, teils
nicht zu

☐

trifft eher
zu

☐

trifft voll
und ganz
zu

☐

6

Die Ärztin / Der Arzt war einfühlsam
und verständnisvoll.....

☐

☐

☐

☐

☐

7

Die Ärztin / Der Arzt hat mir alles, was
mit meinen Beschwerden zusammen-
hängt, verständlich erklärt.....

☐

☐

☐

☐

☐

8

Die Ärztin / Der Arzt hat die für mich
richtigen Behandlungen und Therapien
veranlasst.....

☐

☐

☐

☐

☐

9

1

2

3

4

5

4. Betreuung durch die Pflegekräfte (z. B. Schwestern / Pfleger)						S
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.....	☐	☐	☐	☐	☐	10
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.....	☐	☐	☐	☐	☐	11
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.....	☐	☐	☐	☐	☐	12
	1	2	3	4	5	

5. Psychologische Betreuung						S
Von Entspannungstherapien abgesehen - sind Sie von einer Psychologin oder einem Psychologen betreut worden? Ja..... ☐ 2 ➔ 1 ☐ in der Gruppe (Sie können beide Möglichkeiten ankreuzen!) Nein..... ☐ 1 2 ☐ einzeln Falls Sie psychologische Betreuung (einzeln und / oder in der Gruppe) erhalten haben, beurteilen Sie bitte die drei folgenden Aussagen:						13/14
Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.....	☐	☐	☐	☐	☐	15
Die Psychologin / Der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.....	☐	☐	☐	☐	☐	16
Ich habe die für mich richtige psychologische Betreuung erhalten.....	☐	☐	☐	☐	☐	17
	1	2	3	4	5	

6. Behandlungen

S

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen. Wenn Sie z. B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik "teilgenommen" "Ja" an.

War diese Behandlung **sehr schlecht**, kreuzen Sie unter der Rubrik "Urteil" das ganz **linke Kästchen** an; war diese Behandlung **sehr gut**, kreuzen Sie das ganz **rechte Kästchen** an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.

Haben Sie z. B. keine Massage erhalten, kreuzen Sie nur unter der Rubrik "teilgenommen" "Nein" an.

	teilgenommen?		falls ja, Urteil:						
				sehr schlecht			sehr gut		
Krankengymnastik einzeln.....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	18/19
Krankengymnastik in der Gruppe.....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	20/21
Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Konditions- / Terraintraining).....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	22/23
Beschäftigungs-, Gestaltungs- und Ergotherapie.....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	24/25
Entspannungstherapien (z. B. Muskelentspannung, Autogenes Training).....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	26/27
Physikalische Anwendungen (z. B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen).....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	28/29
Massagen.....	Nein ☐	Ja ☐		☐	☐	☐	☐	☐	30/31
				1	2	3	4	5	

7. Schulungen und Vorträge

S

An welchen der folgenden Schulungen und Vorträge haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

	teilgenommen?		falls ja, Urteil:						
				sehr schlecht			sehr gut		
Gesundheitsbildung / -training.....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	32/33
Lehrküche.....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	34/35
Schulungen (z. B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruck- messen, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung).....	Nein ☐	Ja ☐	→	☐	☐	☐	☐	☐	36/37
				1	2	3	4	5	

8. Rehabilitationsplan und -ziele

S

In der Rehabilitationsklinik wurde
sehr viel Wert darauf gelegt, ...

trifft
überhaupt
nicht zu

trifft eher
nicht zu

trifft teils
zu, teils
nicht zu

trifft eher
zu

trifft voll
und ganz
zu

... die Rehabilitationsziele und
Behandlungen mit mir abzustimmen.....

☐
☐
☐
☐
☐

38

... dass die Patientinnen / Patienten lernen,
mit ihren Einschränkungen bei alltäg-
lichen Verrichtungen umzugehen.....

☐
☐
☐
☐
☐

39

... sich mit den krankheits- und
behinderungsbedingten Problemen
im privaten und beruflichen Leben
auseinanderzusetzen.....

☐
☐
☐
☐
☐

40

... sich den seelischen Problemen im
Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer
Behandlung zuzuwenden.....

☐
☐
☐
☐
☐

41

1

2

3

4

5

9. Klinik und Unterbringung

S

Wie beurteilen Sie ...

sehr
schlecht

schlecht

weder
schlecht
noch gut

gut

sehr gut

die Leistungen der Klinikverwaltung
(z. B. Empfang, Post, Kasse,
Reinigungsdienst, Service)?.....

☐
☐
☐
☐
☐

42

Größe und Ausstattung Ihres
Zimmers?.....

☐
☐
☐
☐
☐

43

das Essen / die Ernährung in der
Klinik?.....

☐
☐
☐
☐
☐

44

die Organisation der Abläufe in der
Klinik?.....

☐
☐
☐
☐
☐

45

1

2

3

4

5

10. Nach der Rehabilitation

S

Haben Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen für die folgenden Bereiche erhalten?

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!

	Nein	Ja	
Für den beruflichen Bereich.....	☐	☐	46
Für den häuslichen Bereich.....	☐	☐	47
Für den Freizeitbereich.....	☐	☐	48
	1	2	

Falls Sie während Ihrer stationären Rehabilitation Verhaltensempfehlungen erhalten haben, waren diese für Sie nützlich?

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an!

	Nein	Ja	
Im beruflichen Bereich.....	☐	☐	49
Im häuslichen Bereich.....	☐	☐	50
Im Freizeitbereich.....	☐	☐	51
	1	2	

Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe) teilgenommen?

S

Nein.....	☐	1	52
Noch nicht, aber fest vorgenommen.....	☐	2	
Ja, regelmäßig einmal pro Woche oder öfter.....	☐	3	
Ja, weniger als einmal pro Woche.....	☐	4	
Seltener bzw. unregelmäßig.....	☐	5	

III. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden

11. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den vergangenen vier Wochen beschreiben?

S

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

- Sehr gut..... ☐ 1
- Gut..... ☐ 2
- Zufrieden stellend..... ☐ 3
- Weniger gut..... ☐ 4
- Schlecht..... ☐ 5

53

12. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation denken - hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?

S

Mein Gesundheitszustand hat sich durch die Rehabilitation ...

- stark gebessert..... ☐ 1
- etwas gebessert..... ☐ 2
- nicht verändert..... ☐ 3
- etwas verschlechtert..... ☐ 4
- stark verschlechtert..... ☐ 5

54

13. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

S

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

- | Aussagen | trifft ganz zu | trifft weitgehend zu | weiß nicht | trifft weitgehend nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

55

56

57

58

14. In diesen Fragen geht es darum, wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

S

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
voller Schwung?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	59
sehr nervös?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	60
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheuern konnte?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	61
ruhig und gelassen?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	62
voller Energie?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	63
entmutigt und traurig?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	64
erschöpft?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	65
glücklich?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	66
müde?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	67
	1	2	3	4	5	6	

15. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Erschöpfung und Müdigkeit vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

S

Erschöpfung und Müdigkeit waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein ☐ 1 Ja ☐ 2

68

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?.....	☐ 1	69
etwas gebessert?.....	☐ 2	
nicht verändert?.....	☐ 3	
etwas verschlechtert?.....	☐ 4	
stark verschlechtert?.....	☐ 5	

17. Sie finden nachstehend eine Liste von Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Wie sehr haben Sie während der vergangenen vier Wochen unter körperlichem Unwohlsein und Beschwerden gelitten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Wie sehr haben Sie unter ...	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark	
Kopfschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	☐	72
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen.....	☐	☐	☐	☐	☐	73
Herz- und Brustschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	☐	74
Kreuzschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	☐	75
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	☐	☐	☐	☐	☐	76
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	☐	☐	☐	☐	☐	77
Schwierigkeiten beim Atmen.....	☐	☐	☐	☐	☐	78
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	☐	☐	☐	☐	☐	79
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	☐	☐	☐	☐	☐	80
dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	☐	☐	☐	☐	☐	81
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	☐	☐	☐	☐	☐	82
Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	☐	☐	☐	☐	☐	83
... gelitten?	1	2	3	4	5	

18. Wenn Sie jetzt noch einmal an die eben angesprochenen Beschwerden vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

S

↓ Bitte beachten Sie vor dem Ankreuzen:

Wenn Sie mit den im Folgenden genannten Beschwerden vor der Rehabilitation kein Problem hatten, kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile nur das erste Kästchen an.

Hatten Sie jedoch vor der Rehabilitation eine der folgenden Beschwerden, so kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Zeile nur das Kästchen an, das der Veränderung am ehesten entspricht.

Folgende Beschwerden waren vor der Rehabilitation kein Problem:

Folgende Beschwerden haben sich durch die Rehabilitation

gebessert: nicht verschlechtert:
verändert:



Kopfschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	84/85
Ohnmachts- oder Schwindelgefühl.....	☐	☐	☐	☐	86/87
Herz- und Brustschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	88/89
Kreuzschmerzen.....	☐	☐	☐	☐	90/91
Übelkeit oder Magenverstimmung.....	☐	☐	☐	☐	92/93
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen).....	☐	☐	☐	☐	94/95
Schwierigkeiten beim Atmen.....	☐	☐	☐	☐	96/97
Hitzewallungen oder Kälteschauer.....	☐	☐	☐	☐	98/99
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.....	☐	☐	☐	☐	100/101
das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	☐	☐	☐	☐	102/103
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.....	☐	☐	☐	☐	104/105
Schweregefühl in Armen oder Beinen.....	☐	☐	☐	☐	106/107
	1	2	3	4	

19. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

S

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen..... ☐ 1

Sehr leicht..... ☐ 2

Leicht..... ☐ 3

Mäßig..... ☐ 4

Stark..... ☐ 5

Sehr stark..... ☐ 6

108

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht..... ☐ 1

Ein bisschen..... ☐ 2

Mäßig..... ☐ 3

Ziemlich..... ☐ 4

Sehr..... ☐ 5

109

20. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Schmerzen vor der Rehabilitation denken - haben sich Ihre Schmerzen durch die Rehabilitation verändert?

S

Schmerzen

waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Nein ☐ 1 Ja ☐ 2

110

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... ☐ 1

etwas gebessert?..... ☐ 2

nicht verändert?..... ☐ 3

etwas verschlechtert?..... ☐ 4

stark verschlechtert?..... ☐ 5

111

IV. Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag

21. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? Bitte kreuzen Sie <u>nur ein</u> Kästchen an! Immer..... ☐ 1 Meistens..... ☐ 2 Manchmal..... ☐ 3 Selten..... ☐ 4 Nie..... ☐ 5	S	112
22. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? Bitte kreuzen Sie <u>nur ein</u> Kästchen an! Überhaupt nicht..... ☐ 1 Etwas..... ☐ 2 Mäßig..... ☐ 3 Ziemlich..... ☐ 4 Sehr..... ☐ 5	S	113
23. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Kontakte zu anderen Menschen vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert? Kontakte zu anderen Menschen waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Falls ja, haben sich diese ... stark gebessert?..... ☐ 1 etwas gebessert?..... ☐ 2 nicht verändert?..... ☐ 3 etwas verschlechtert?..... ☐ 4 stark verschlechtert?..... ☐ 5	S	114
Nein ☐ 1 Ja ☐ 2		115

24. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

S

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten:

Ja

Nein

Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.....

☐
☐

116

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....

☐
☐

117

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.....

☐
☐

118

Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung
(z. B. musste ich mich besonders anstrengen).....

☐
☐

119

1

2

25. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre körperlichen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

S

Körperliche Probleme und deren Auswirkung auf
meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren
vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Nein ☐ 1 Ja ☐ 2

120

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... ☐ 1

121

etwas gebessert?..... ☐ 2

nicht verändert?..... ☐ 3

etwas verschlechtert?..... ☐ 4

stark verschlechtert?..... ☐ 5

26. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen und ängstlich fühlten)?

S

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten:

Ja

Nein

Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.....

☐
☐

122

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.....

☐
☐

123

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.....

☐
☐

124

1

2

27. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre seelischen Probleme und deren Auswirkungen auf Ihre beruflichen oder häuslichen Aufgaben vor der Rehabilitation denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert?

S

Seelische Probleme und deren Auswirkung auf meine beruflichen und häuslichen Aufgaben waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich:

Nein ☐ 1 Ja ☐ 2

125

Falls ja, haben sich diese ...

stark gebessert?..... ☐ 1

126

etwas gebessert?..... ☐ 2

nicht verändert?..... ☐ 3

etwas verschlechtert?..... ☐ 4

stark verschlechtert?..... ☐ 5

28. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

S

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Wenn ja, wie stark?

Tätigkeiten:

Ja, stark eingeschränkt Ja, etwas eingeschränkt Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

Anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.....

☐
☐
☐

127

Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....

☐
☐
☐

128

Einkaufstaschen heben oder tragen.....

☐
☐
☐

129

Mehrere Treppenabsätze steigen.....

☐
☐
☐

130

Einen Treppenabsatz steigen.....

☐
☐
☐

131

Sich beugen, knien, bücken.....

☐
☐
☐

132

Mehr als ein Kilometer zu Fuß gehen.....

☐
☐
☐

133

Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen.....

☐
☐
☐

134

Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen.....

☐
☐
☐

135

Sich baden oder anziehen.....

☐
☐
☐

136

1

2

3

29. Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten <u>vor der Rehabilitation</u> denken - haben sich diese durch die Rehabilitation verändert? Gesundheitliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten waren vor der Rehabilitation ein Problem für mich: Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 Falls ja, haben sich diese ... stark gebessert?..... ☐ 1 etwas gebessert?..... ☐ 2 nicht verändert?..... ☐ 3 etwas verschlechtert?..... ☐ 4 stark verschlechtert?..... ☐ 5	S 137 138
---	--------------------------------

V. Lebensgewohnheiten

30. Jetzt möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten stellen, z. B. zum Rauchen: Rauchen Sie zurzeit? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 Wenn ja, wie viel? Etwa Zigaretten am Tag Hat sich Ihr Konsum von Zigaretten durch die Rehabilitation verändert? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>mehr geworden</td> <td>gleich geblieben</td> <td>weniger geworden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Der Konsum ist ...</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table> Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>(fast) jeden Tag</td> <td>2-4-mal pro <u>Woche</u></td> <td>2-4-mal pro <u>Monat</u></td> <td>seltener</td> <td>überhaupt nicht</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> Hat sich Ihr Konsum von Alkohol durch die Rehabilitation verändert? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>mehr geworden</td> <td>gleich geblieben</td> <td>weniger geworden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Der Konsum ist ...</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table> Wie häufig mussten Sie in den vergangenen vier Wochen die folgenden Medikamente einnehmen? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>(fast) jeden Tag</td> <td>2-4-mal pro <u>Woche</u></td> <td>2-4-mal pro <u>Monat</u></td> <td>seltener</td> <td>überhaupt nicht</td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel.....</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Schlaf- oder Beruhigungsmittel.....</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>		mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden		Der Konsum ist ...	☐	☐	☐			1	2	3		(fast) jeden Tag	2-4-mal pro <u>Woche</u>	2-4-mal pro <u>Monat</u>	seltener	überhaupt nicht	☐	☐	☐	☐	☐	1	2	3	4	5		mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden		Der Konsum ist ...	☐	☐	☐			1	2	3			(fast) jeden Tag	2-4-mal pro <u>Woche</u>	2-4-mal pro <u>Monat</u>	seltener	überhaupt nicht	Schmerzmittel.....	☐	☐	☐	☐	☐	Schlaf- oder Beruhigungsmittel.....	☐	☐	☐	☐	☐		1	2	3	4	5	S 139/ 140 141 142 143 144 145
	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden																																																																			
Der Konsum ist ...	☐	☐	☐																																																																			
	1	2	3																																																																			
(fast) jeden Tag	2-4-mal pro <u>Woche</u>	2-4-mal pro <u>Monat</u>	seltener	überhaupt nicht																																																																		
☐	☐	☐	☐	☐																																																																		
1	2	3	4	5																																																																		
	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden																																																																			
Der Konsum ist ...	☐	☐	☐																																																																			
	1	2	3																																																																			
	(fast) jeden Tag	2-4-mal pro <u>Woche</u>	2-4-mal pro <u>Monat</u>	seltener	überhaupt nicht																																																																	
Schmerzmittel.....	☐	☐	☐	☐	☐																																																																	
Schlaf- oder Beruhigungsmittel.....	☐	☐	☐	☐	☐																																																																	
	1	2	3	4	5																																																																	

Hat sich Ihr Konsum von Medikamenten durch die Rehabilitation verändert?				S
Er ist bei ...	mehr geworden	gleich geblieben	weniger geworden	
Schmerzmitteln.....	☐	☐	☐	146
Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.....	☐	☐	☐	147
	1	2	3	

VI. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente

31. Welche der folgenden Angaben trifft auf <u>Ihre derzeitige Situation</u> zu?		S
Kreuzen Sie bitte <u>nur ein</u> Kästchen an!		
Berufstätig.....	☐ 1 mit Stunden pro Woche	148/ 149
Arbeitslos gemeldet.....	☐ 2	
Hausfrau / Hausmann.....	☐ 3	
Rentnerin / Rentner, im Vorruhestand, Pensionärin / Pensionär.....	☐ 4	
Anderes.....	☐ 5	
Ich bin zurzeit:		S
Arbeitsfähig.....	☐ 1	150
Arbeitsunfähig (krankgeschrieben).....	☐ 2	
Wenn Sie arbeitsunfähig (krankgeschrieben) sind, weshalb?		
Wegen des für die letzte Rehabilitation wichtigsten Leidens.....	☐ 1	151
Wegen einer anderen Erkrankung.....	☐ 2	
Wenn Sie berufstätig oder arbeitslos <u>gemeldet</u> sind:		S
Haben Sie während Ihrer Rehabilitation an einer Arbeitstherapie oder Belastungserprobung teilgenommen?		
Ja ☐ 1 Nein ☐ 2		152
Ist während Ihrer Rehabilitation mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden?		
Ja ☐ 1 Nein ☐ 2		153

Falls mit Ihnen über Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit gesprochen worden ist, hat die ärztliche Beurteilung Ihrer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit mit Ihrer eigenen Einschätzung übereingestimmt? Bitte kreuzen Sie <u>nur ein</u> Kästchen an! Überhaupt nicht..... ☐ 1 Eher nicht..... ☐ 2 Teils, teils..... ☐ 3 Eher ja..... ☐ 4 Voll und ganz..... ☐ 5 Weiß ich nicht..... ☐ 6	S 154
Haben Sie in der Rehabilitation ein Gespräch mit einer / einem Fachberaterin / Fachberater (Sozialberaterin / Sozialberater) über Ihre berufliche Zukunft geführt? Ja ☐ 1 Nein ☐ 2	S 155
32. Hatten Sie bereits vor dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 Haben Sie nach dieser letzten Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente zu stellen? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 Wurden für Sie nach der letzten Rehabilitation Maßnahmen zur <u>beruflichen</u> Rehabilitation eingeleitet oder durchgeführt? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2	S 156 157 158 159
33. Waren Sie nach Abschluss der Rehabilitation so krank, dass Sie Ihre normale Tätigkeit (z. B. im Beruf oder im Haushalt) nicht ausüben konnten? Nein ☐ 1 Ja ☐ 2 ➔ und zwar etwa Tage	S 160/ 161

34.	Wie beurteilen Sie Ihr Leistungsvermögen in den <u>vergangenen vier Wochen</u> in den Bereichen Beruf und Freizeit?			S
Ist es sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die "0" an. Ist es sehr gut gewesen, kreuzen Sie die "10" an; sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.				
Mein Leistungsvermögen ist im Bereich ...				
Beruf				
sehr schlecht	[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]	sehr gut		162
Freizeit				
sehr schlecht	[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]	sehr gut		163

35. Wie beurteilen Sie diese letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?	S
sehr schlecht [0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10] ausgezeichnet	164

VII. Fragen zur Person

36. Ihr Geschlecht?	S
Weiblich..... ☐ 1 Männlich..... ☐ 2	165

Ihr Alter?..... Jahre	S 166
--	----------

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?		S
Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss).....	☐ 1	167
Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss).....	☐ 2	
Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife).....	☐ 3	
Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse).....	☐ 4	
Ich habe die Fachhochschulreife.....	☐ 5	
Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule).....	☐ 6	
Ich habe einen anderen Schulabschluss.....	☐ 7	

37. Tragen Sie bitte noch das heutige Datum ein:

T	T

 •

M	M

 •

J	J	J	J

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit .

Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

Bitte fügen Sie die unterschriebene Einwilligungserklärung unbedingt bei!

Anhang 3: Informationsblatt und Einwilligungserklärung

Informationsblatt

zur Studie

„Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen
aus Sicht der Patienten“

Allgemeine Informationen

Verantwortlicher Leiter der Studie ist Dr. Thorsten Meyer vom Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck. Für die Durchführung der Studie ist Frau Judith Wäntig vom Institut für Sozialmedizin verantwortlich. Die Planung und Durchführung der Studie erfolgt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Nord. Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben, wenden Sie sich bitte direkt an Herrn Dr. Meyer (Tel. 0451 / 799 2526, E-mail: thorsten.meyer@sozmed.uni-luebeck.de; Postanschrift: Institut für Sozialmedizin, Beckergrube 43-47, 23562 Lübeck).

Informationen zur Studie

Die Deutsche Rentenversicherung verschickt in regelmäßigen Abständen an zufällig ausgewählte Personen einige Wochen nach dem Rehabilitationsaufenthalt einen *Fragebogen zur Rehabilitation*. In diesem Fragebogen werden Sie u.a. gebeten anzugeben, wie zufrieden Sie mit ihrem Rehaaufenthalt waren und für wie erfolgreich sie ihre Rehabilitation einschätzen. Solche Befragungen haben den Vorteil, Rückmeldungen von vielen Patienten in regelmäßigen Zeitabständen zu erhalten. Sie bieten damit die Möglichkeit, die Qualität der Rehabilitationsleistungen auch aus Patientensicht zu berücksichtigen und zu verbessern. Gleichzeitig ist es klar, dass mit einem Fragebogen nur begrenzt alle wichtigen Aspekte der Rehabilitation erfragt werden können. Möglicherweise werden einige Dinge, die für Sie in der Rehabilitation besonders wichtig waren (im Positiven wie im Negativen), in dem Fragebogen nur unzureichend gewürdigt.

Diese Studie hat zum Ziel, Ihre persönlichen Erfahrungen in der Rehabilitation zu untersuchen. Wir möchten Ihre Erfahrungen in Zusammenhang mit dem

Fragebogen zur Rehabilitation stellen. Diese Untersuchung soll dabei helfen einzuschätzen, wie gut der *Fragebogen zur Rehabilitation* dazu beitragen kann, über die Qualität Ihres Rehaaufenthaltes Aufschluss zu geben.

Zum **Ablauf der Studie**: wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen zur Rehabilitation auszufüllen und in dem beiliegenden Umschlag an uns zurückzusenden. Wir würden dann mit einem Teil derjenigen, die uns einen Fragebogen zurückgesendet haben, einen Termin für ein persönliches Interview über Ihren Rehaaufenthalt vereinbaren. Dieses Interview würde etwa 1-2 Stunden dauern. Wir würden das Gespräch entweder in einem ungestörten Rahmen bei Ihnen zu Hause führen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, das Interview in Lübeck im Institut für Sozialmedizin durchzuführen.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Durch eine Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile. Ihre Angaben werden nur komplett anonymisiert in Form eines zusammenfassenden Berichtes der Deutschen Rentenversicherung zugänglich gemacht. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie beenden. Ihre bisherigen Daten werden dann unwiderruflich anonymisiert, d.h. Sie können nicht mehr anhand der Daten identifiziert werden.

Datenschutzrechtliche Informationen

Für die Datenverarbeitung ist der Studienleiter, Herr Dr. Meyer, verantwortlich. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich zum Zweck des oben genannten Forschungsvorhabens. Erfasst werden nur die Angaben aus dem Fragebogen zur Rehabilitation sowie ggf. die Aussagen, die Sie in dem persönlichen Interview machen. Ihre Daten werden für die Durchführung der Studie in pseudonymisierter Form, d.h. ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Studienmitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriff geschützt. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Sämtliche personenbezogene Daten werden nach Abschluss der Studie anonymisiert.

Einwilligungserklärung

zur Studie

„Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen
aus Sicht der Patienten“

Ich habe das beiliegende Informationsblatt über das Vorgehen der Studie „Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen aus Sicht der Patienten“ gelesen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die bei der Befragung gewonnenen Erkenntnisse dazu dienen, die Qualität der in der Rehabilitation erbrachten Leistungen zu verbessern.

Ich bin damit einverstanden, dass ich nach Rücksendung des ausgefüllten Patientenfragebogens von einem Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck kontaktiert werde, um gegebenenfalls einen Termin für ein Interview mit mir zu vereinbaren.

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der oben genannten Studie. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Nachname, Vorname		Ort, Datum	Unterschrift

Für die Kontaktaufnahme teilen Sie uns bitte Ihre Adresse und Telefonnummer mit:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ / _____

Anhang 4: Interviewleitfaden

Interview-Leitfaden zur Befragung von Rehabilitationspatienten/innen über den Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen

A. Einführung / Information	
Ich komme vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck. Ich bin Medizinstudentin im 10. Semester und komme jetzt im Rahmen meiner Doktorarbeit zu Ihnen. Da ich vor meinem Studium als Physiotherapeutin gearbeitet habe, bin ich schon mit dem Thema Rückenschmerz vertraut und interessiere mich sehr für ihre Erlebnisse in der Reha und in der Zeit danach...Es handelt sich also um Forschung und unser Gespräch steht hinter einem wissenschaftlichen Aspekt. Ich komme also nicht von der Deutschen RV. Alle Angaben, die Sie machen, werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Alles, was sie mir in unserem Gespräch erzählen, bleibt anonym. D.h., Ihr Name wird nicht dokumentiert und weder die Deutsche Rentenversicherung, noch die Klinik erfahren direkt, was Sie hier in diesem Gespräch gesagt haben. Nach Abschluss der Studie wird die Aufnahme gelöscht Ich würde mich gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit Ihrem Rehaaufenthalt unterhalten. Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich das Gespräch gerne auf Tonband aufzeichnen.	Gesprächseinstieg
Ziel: Sie haben uns ja den Fragebogen über Ihre Rehabilitation zurückgeschickt. Dieser Fragebogen wird seit einigen Jahren von der Rentenversicherung genutzt. Mit dem Bogen erhält die Rentenversicherung Rückmeldung von den Patienten, wie sie Ihren Aufenthalt erlebt haben und wie erfolgreich die Maßnahme war. So ein Fragebogen hat jedoch einige Nachteile: er ist sehr umfangreich und wir wissen, dass einige Fragen schwer zu verstehen sind. Möglicherweise wurden Sie nach Dingen gefragt, die für Sie gar nicht so zutreffen. Andere Dinge, die Ihnen sehr wichtig sind, wurden möglicherweise gar nicht angesprochen. Ich möchte daher, dass Sie mir mit Ihren <u>eigenen Worten</u> von Ihrem Rehaaufenthalt berichten. Damit möchten wir einschätzen, wie sinnvoll der Einsatz des Fragebogens ist.	Ziel der Studie
Sie waren ja vor ... Monaten wegen Rückenbeschwerden in der Reha?	Dauer der Beschwerden

Wie lange leiden sie schon an ihren Rückenschmerzen? Haben sie eine Erklärung für ihre Rückenschmerzen, oder gab es einen Auslöser? Wie war der weitere Verlauf in Bezug auf ihre Erkrankung?	Erklärung für Beschwerden
Was haben sie bisher gegen die Schmerzen unternommen? Waren sie beim Arzt? Hausarzt? Orthopäden? Haben sie Physiotherapie verschrieben bekommen? Oder anderes?	Eigeninitiative zur Krankheitsbekämpfung
Was hat ihnen am Besten gegen ihre Beschwerden geholfen?	
Welche Folgen hatte ihre Beschwerden für sie im Alltag? Zu Hause? In der Freizeit? Und am Arbeitsplatz? Mussten sie eine Umschulung machen?	Einschränkung im Alltag durch die Erkrankung
Wie kam es überhaupt dazu, dass sie einen Rehaantrag gestellt haben? Hat sie ihr Arzt über die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme informiert, oder kam die Initiative von ihrer Seite?	Weg zur Reha
Haben Sie schon mit dem Gedanken gespielt, frühzeitig in Rente zu gehen?	Rentenwunsch
Mit welchen Erwartungen sind Sie in die Reha gegangen? Was hatten sie vor dem Rehaaufenthalt für Erwartungen? Hatten sie eigene Ziele? Was wollten Sie am Ende der Reha für sich erreicht haben?	Erwartungen an die Reha
Und wie war es dann in der Klinik? An was haben sie alles teilgenommen? Wie haben ihnen die Behandlungen gefallen? Und die Schulungen? Hatten sie auch Gespräche mit einem Psychologen? Wie bewerten sie ihre Therapien? Wie war die Kontinuität, Zuwendung, die Organisation der Abläufe- haben sich die Termine mit den Visiten überschritten? Wie beurteilen sie die Unterbringung? Verpflegung? Wie war der Umgang mit dem Pflegepersonal, Ärzten und Therapeuten?	Erfahrungen in der Klinik
Was haben ihnen im Nachhinein die Anwendungen und Kurse gebracht? - Haben sich ihre Schmerzen verbessert? - Wie war es mit weiteren körperlichen Beschwerden? Z.B. Kribbeln in einzelnen Körperteilen, oder	Erfolg der Anwendungen in Bezug auf Schmerzen Körperliche Missempfindungen Alltagsaktivitäten

Schwindelgefühlen? - Fällt Ihnen ihr Alltag nach der Reha leichter als vorher? - Hat sich ihr seelisches Befinden im Verlauf der Reha verändert? - Veränderung der beruflichen Leistung? - Und ihren Konsum von Schmerzmitteln (Alkohol, Zigaretten)?	Psychisches Empfinden Beruf Konsum von Alltagsdrogen
War dies ihr erster Rehaaufenthalt? Wenn nicht, gab es unterschiedliche Erfahrungen?	Frühere Rehaerfahrungen
Wenn ich mich richtig erinnere, haben Sie im Fragebogen angegeben...	Bezug zum Fragebogen
Wenn sie die gesamte Reha als positiv bewertet haben, ihre Rückenschmerzen sich aber nicht verbesserten, was hat ihre gute Bewertung ausgemacht ?	Fragebogen positiv, keine Besserung der Schmerzen
Wenn sie zurück an die Zeit direkt nach der Reha denken, waren sie da weniger von den Schmerzen beeinträchtigt im Alltag oder bei der Arbeit?	Behinderung durch Beschwerden im Alltag nach der Reha
Würden sie ihre Situation generell jetzt als besser beurteilen als vor der Rehamaßnahme? (War das Gefühl bei den anderen Rehaaufenthalten auch so (falls Pat vorher schon mal wegen seiner Rückenschmerzen in der Klinik war)?)	Stellenwert Reha

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 5: Fallvignetten

Fallvignette 105

„... ein Tag zu Krafttraining, eh, andere Tag Massage, ne... Ich war, ich war durchschnittlichste Mensch auf diese Welt, wo ich mich selbst getestet hab. 3, 4 Tage, Mensch ich habe keinen Schmerz mehr, ja, so...“

46-jähriger Kranfahrer, dessen starke Rückenschmerzen vor sieben Jahren plötzlich durch einen Hexenschuss begannen. Er konnte seine Schmerzen durch Tabletten und Spritzen mehrere Jahre erträglich halten. Seit zwei Jahren hat er zusätzlich Schmerzen in den Schultern und im Kopf. Der Hausarzt verschreibt ihm Medikamente, Massagen und gibt ihm Spritzen. Er lernt mit seinen Schmerzen zu leben. Nur sein starker Schwindel ist unerträglich und auch für seinen Beruf lebensgefährlich. Er leidet an Angstzuständen an seinem Arbeitsplatz auf dem Kran. Trotzdem fühlt er sich seinem Arbeitgeber, für den er schon viele Jahre tätig ist auf irgendeine Weise verpflichtet. Zur Reha sei er eher zufällig gekommen, im Rahmen einer alljährlichen betriebsärztlichen Untersuchung, hat der Arbeitsmediziner eine Rehamaßnahme vorgeschlagen. Er hatte keine Vorstellungen was ihn dort erwarten würde. Er möchte eine Verbesserung seiner Schwindelsymptomatik und seine Muskelkraft steigern, für die Linderung seiner Rückenschmerzen hat er wenig Hoffnung. Den Rehaaufenthalt beschreibt er als zu stressig. Er habe an Krafttraining, Physiotherapie, Solebad, Rückenschule und mehreren Gesprächen mit einem Psychologen teilgenommen. Vor allem die Psychotherapie hat ihm geholfen seine Ängste am Arbeitsplatz zu überwinden. Gar nicht gefallen habe ihm die bauarbeiterspezifische Rückenschule, er bezeichnet sie als Zeitverschwendung. Gelobt wurde von ihm die Klinik mit Organisation, Verpflegung und dem Personal, das habe ihm alles sehr gut gefallen. Seine Schwäche im Bein, seine Rückenschmerzen und sein Schwindel haben in der Rehazeit nachgelassen und auch das achtwöchige Nachsorgeprogramm hat ihm sehr gut getan. Er konnte zum ersten Mal seit langem wieder schwindel- und angstfrei 60 Meter auf seinen Kran klettern. Zu Hause macht er noch regelmäßig seine Übungen aus der Reha, geht Schwimmen und fährt Rad. Die Rückenschmerzen und der Schwindel sind nach der Rehamaßnahme allerdings wieder aufgetreten. Er nimmt fast regelmäßig Schmerzmittel und geht oft zum Arzt. Trotz seiner Schmerzen und der Schwindelanfälle mit den damit verbundenen Angstzuständen am Arbeitsplatz hat ihm die Reha geholfen sich selbst ein Übungsprogramm zu schaffen. Er tut viel für seine Gesundheit und hofft auf Besserung seiner Beschwerden, obwohl er sich auch sehr frustriert zeigt über seinen Zustand.

Fallvignette 106

„... also ich hatte, es waren ja auch nicht die richtigen Therapien, wie gesagt, es hat ja nicht geholfen...“

52-jähriger Heizungsbauer, seit 37 Jahren in seinem Beruf tätig, leidet seit vier Jahren an Rückenschmerzen. Seine Beschwerden begannen mit einem Kribbeln in den Beinen und zeichneten sich besonders durch das Auftreten in Ruhe

(Liegen) aus. Die CT-Aufnahmen zeigten einen leichten, inoperablen BSV, der für das Einklemmen der Nerven verantwortlich ist. Außerdem klagt der Mann über Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die zu sehr starken Kopfschmerzen und Schwindel führen. Er sei vom Hausarzt zum Orthopäden und beklagt, er sei nirgends richtig ernst genommen worden, da er seine Schmerzen nur im Ruhezustand, nicht aber bei der Arbeit habe. Die verschriebenen Massagen und Krankengymnastik beschreibt er bis auf ein Rezept mit 18 Anwendungen bei einer Physiotherapeutin, die ihm Linderung verschaffen konnte als nutzlos. Er habe Spritzen beim Orthopäden bekommen, cremt seinen Rücken mit „Tigerbalm“ ein und nimmt Schmerztabletten. Mit diesen medizinischen Mitteln kommt er einigermaßen mit den Schmerzen zurecht. Auf der Arbeit ist er kaum eingeschränkt, Belastung/Bewegung verschafft ihm Linderung. Er ist stolz darauf, dass er mit 52 noch so beweglich ist und arbeitet gerne, es macht ihm Spaß. In seiner Freizeit sieht es leider anders aus. Auf Grund seiner Rückenschmerzen musste er seinen Schrebergarten aufgeben und sein weiteres Hobby, die Eisenbahn. Er fühlt sich kaum in der Lage sein Haus und den umliegenden Garten in Stand zu halten. Seine Familie leidet unter seinen Schmerzen und den damit verbundenen Launen. Manchmal, so sagt er, gehe er schon um 18 Uhr ins Bett um den nächsten Tag bei Arbeit zu schaffen. Seine Freizeit verbringt er auf dem Sofa. Er trägt einen Wirbelsäulenstützgurt, der ihm gut tut. Die Initiative zur Reha kam von seinem Orthopäden. Nach längerer Krankenschreibung schlug er es ihm vor. Die Anträge hat sich der Betroffene selbst geholt und den Rest in die Wege geleitet. Die „Kur“ hatte er sich anders vorgestellt. Er hatte mehr Entspannung, Massagen und Moorbäder erwartet. „Nun war alles auf Leistungssport umgestellt“. Er hätte sich lieber von seiner schweren Arbeit erholt und wollte Entspannung, damit der Muskelschmerz weggeht. Er wollte (will) durch die Rehamaßnahme seine Arbeitskraft erhalten. Sein Aufenthalt war mit viel Muskelaufbautraining, Entspannung, Walking, Wassergymnastik und Rückenschule versehen. Auf seine Kreislaufprobleme, die er nach Verlassen des Schwimmbades hatte, ist ihm zufolge der Arzt überhaupt nicht eingegangen. Das Personal beschreibt er insgesamt als sehr positiv, alle haben sich sehr gekümmert. Von der Rückenschule, der Ernährungs- und Medikamentenschulungen habe er gar nicht profitiert. Zusätzlich mussten die Rehabilitanten auf rückenunfreundlichen Stühlen ausharren. Seine Schmerzen, vor allem sein Kribbeln und Einschlafen der Beine, haben sich nicht verändert. Sein Medikamentenkonsum sei sogar gestiegen, weil ihm die Angst vor Arzneimitteln in der Schulung genommen worden sei. Die erlernten Übungen der Physiotherapeuten macht er zu Hause nur, wenn starke Beschwerden hat. An der Nachsorge- Reha hat er nicht oft teilgenommen, weil es ihm in der Verbesserung seiner Beschwerdesymptomatik nicht weitergeholfen hat. Außerdem sei es schwierig für ihn die Gymnastik zu machen, wenn sie an seiner Schmerzsituation nichts ändere. Insgesamt beurteile er seine erste Reha aber als positiv. Der ausschlaggebende Punkt waren da aber die sehr motivierenden Therapeuten. Weitere Rehaaufenthalte möchte er nicht ausschließen. Trotzdem möchte er zu seiner jetzigen Situation etwas ändern, was er durch viele Arztbesuche ausdrückt. „wenn es alles nicht besser würde, müsste er Rente beantragen, denn so fühle er sich sehr eingeschränkt“. Die Rehamaßnahme schien mir für ihn einen nicht so großen Stellenwert zu haben. Er ist immer noch auf der Suche nach einer geeigneten Therapie, einem geeigneten Arzt und einer geeigneten Diagnose.

Fallvignette 107

...also ich lebe halt jetzt einfach sehr befreit, ja, von Schmerzen befreit...

51-jähriger Sozialpädagoge, verheiratet mit zwei Kindern leidet seit seiner Kindheit an Rückenschmerzen. Im frühen Jugendlichenalter wurde M. Scheuermann bei ihm diagnostiziert was zur damaligen Zeit ein tägliches Schlafen im Gipsbett erforderte. Seit acht Jahren hat er einen nicht operablen Bandscheibenvorfall im LWK 4/5. Zusätzlich schmerzt ihn seine Coxarthrose. Er berichtet, dass ihn seine ganzen verschiedenen Schmerzen müde machen und er sich von den Ärzten schlecht beraten fühle. Er sieht sich zu Hause und im Beruflichen durch seine Beschwerden eingeschränkt, obwohl er auch betont „gute, fast schmerzfreie Tage“ zu haben. Trotz seiner Einschränkungen geht er sehr gerne zur Arbeit. Vor der Rehamaßnahme hat er Erfahrungen mit Physiotherapie, Spritzen, Reizstrom, Wärmeanwendungen und Medikamenten gemacht. Richtig geholfen habe ihm aber nichts. Große Hoffnung hat er in die Osteopathie, die ihm seit längerem Linderung verschafft. Er geht ins Sportstudio, fährt jeden Tag mit dem Fahrrad zur Arbeit und scheint sich viel mit sich und seinen Beschwerden zu beschäftigen. Zu Hause fühlt er sich hilflos, da er an „schlechten Tagen“ für seine Familie in allen Bereichen ausfällt. Auch seine Hobbys wie der Garten, Spaziergehen, Fahrradfahren, leiden unter seinen Beschwerden. Zu seiner zweiten Rehamaßnahme ist er durch Eigeninitiative gekommen. Im Oktober 2006 hatte er so starke Schmerzen, dass er nach seiner positiven Erfahrung der ersten Reha, das als Möglichkeit sah sich selbst Linderung zu verschaffen. Sein Ziel war es so viel „rauszuholen“ zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes wie möglich. In der Rehaklinik bekommt er Physiotherapie, Trainingslehre, Fango und Massage. Er kritisiert einige organisatorische Mängel, dass er z.B. eine nur lauwarme Fangopackung bekam und die Massage erst Stunden später folge. Außerdem sah er sich oft als „Versuchkaninchen“ an verschiedenen neuen Therapiemöglichkeiten, die ihm nicht geholfen haben. Auch das er die Therapien nicht nach seinen Wünschen kombinieren konnte, z. B. im Sportstudio, hat ihm nicht gefallen. An der Klinik bemängelte er die Hellhörigkeit des Hauses und die Nachlässigkeit der Reinigungskräfte. Für seine Schmerzen hat ihm die Reha sehr geholfen. Er konnte seinen Schmerzmittelkonsum reduzieren. Um seine Beschwerden ganz zu beseitigen hätte ihm die Zeit gefehlt, aber er wäre auf den richtigen Weg gebracht worden. Seine Leistungen im beruflichen und privaten Bereich sieht er nach der Reha deutlich gesteigert. Auch seine Verminderung des Schmerzmittelkonsums sieht er als Erfolg. Auch nach seiner ersten Reha vor neun Jahren berichtet er von langen schmerzfreien Intervallen. Diese Reha hatte auch eine große Bedeutung für ihn und er hat positive Erinnerung an die Zeit und die Zeit danach. Zu seinem diesmaligen Rehaerfolg hat zusätzlich beigetragen mal nur Zeit für sich zu haben und sich auszuruhen. Er zehrt immer noch von seiner Rehamaßnahme und seinen positiven Erfahrungen. Ein Transfer in seinen Alltag ist ihm leicht gefallen.

Fallvignette 108

...ich sage ihnen genau, warum ich es noch mal machen würde, weil ich der Rentenversicherung beweisen muss, dass ich wirklich, dass ich will, aber es nicht geht...

...im Grunde genommen ist es nichts anderes wie ein Knast...

45-jährige, verheiratete Frau mit einer erwachsenen Tochter leidet seit zehn Jahren an Rückenschmerzen und seit vier Jahren an starken Schulterschmerzen links. Außerdem hat sie Arthrose in beiden Kniegelenken. Ihr Orthopäde verschreibt ihr Spritzen und Physiotherapie, beides brachte ihr keine Linderung der Beschwerden. Die Ärzte im Krankenhaus diagnostizierten Protrosionen der Bandscheiben im Halswirbelbereich und eine Spinalkanalverengung. Ihre Schmerzen und Bewegungseinschränkungen besonders in der Schulter beeinträchtigten sie im Alltag und im Beruf sehr. Sie kann nachts vor Schmerzen und Taubheitsgefühlen im Arm nicht schlafen. Die ausgebildete Rechtsanwaltsgehilfin hat zuletzt als Reinigungskraft gearbeitet. Nach einem guten Jahr Krankschreibung und einem abgelehnten Rentenantrag verpflichtet sie die Krankenkasse zu einer Rehamaßnahme. Es war ihre zweite Reha. Sie erwartete von ihrem Aufenthalt, dass sich ihre Schmerzsituation ändert. Es scheint, als habe sie mehr Hoffnung auf Besserung, als bei ihrem ersten Rehaaufenthalt, „schließlich ist es dieses Mal eine rheumatologische Klinik.“ Sie würde gerne danach wieder arbeiten. In der Klinik fühlt sie sich nicht wohl, sie empfindet die Therapien als nicht auf ihre vielseitigen Beschwerden zugeschnitten. Sie berichtet von verständnislosen Ärzten und gerät mit ihr immer wieder in Konflikt über ihre medikamentöse Therapie. Ihren Tagesablauf beschreibt sie als unregelmäßig, einige Tage wären ihr zu voll mit Anwendungen gewesen, andere hatten wiederum zu wenige Therapien.

Außerdem bemängelt sie die knappe Zeit zwischen den Therapien, da lange Wege zurück zulegen sein. Es hätte ihr nichts geholfen, keine Linderung von Moorpackungen, Solebad, Physiotherapie und Massage, nur die Entspannungstherapie und das Aquajogging haben ihr gut gefallen. Letzteres bekam scheinbar eine positive Bewertung von ihr, da man dort besonders viele Kalorien verbrennen konnte. An vielen Therapien konnte sie außerdem wegen ihrer Arthrose nicht teilnehmen. Ansonsten beschreibt sie die Klinik mit Personal, Essen und Unterbringung als in Ordnung. Im Vergleich zu ihrer ersten Reha, wo sie etwas mehr Krafttraining absolvierte und sie das Gefühl hatte das Personal würde besser auf sie und ihre Beschwerden eingehen konnte sie keine großen Unterschiede zwischen beiden Kliniken feststellen. Gegen Ende des Interviews räumte sie jedoch ein bisschen Linderung für kurze Zeit nach der Reha gehabt zu haben. Arbeitsunfähig sei sie aber weiterhin. Von den Ärzten, besonders in der Rehaklinik, habe sie sich überhaupt nicht ernst genommen gefühlt. Die Reha hat für sie insofern eine große Bedeutung erhalten, da sie dadurch, wie sie sagt, ihren Job verloren habe. Für ihre Beschwerden hat ihr die Rehamaßnahme so gut wie gar nichts gebracht, sie wirkt hilflos mit ihren Schmerzen.

Fallvignette 109

„... das war die erste und schönste Zeit, sozusagen...“

49-jährige Lagerarbeiterin leidet seit 14 Jahren an Rückenschmerzen. Sie berichtet über „Hexenschüsse“, die erst einmal im Jahr, dann öfter auftreten. Jetzt hat sie so gut wie immer Rückenschmerzen, die sie selbst mit Salben und wenn es nicht mehr auszuhalten ist, mit Spritzen oder „Einrenken“ vom Arzt therapiert. Ihr Orthopäde verschreibt ihr Krankengymnastik und Massagen, die sie als hilfreich und angenehm empfindet. Manchmal sind ihre Schmerzen allerdings so stark, dass sie nur noch im Bett liegen kann. Durch ihre einseitige, schwere Arbeit sind ihre Rückenschmerzen zur Alltäglichkeit geworden mit der sie sich arrangiert. Ihrer Arbeit geht sie weiterhin regelmäßig nach, unabhängig von ihren Beschwerden. Neben Haushalt und Garten hat sie nicht viele Hobbys, sie versucht ab und zu Rad zu fahren. Den Rehaantrag hat sie zusammen mit ihrem Mann gestellt, nachdem er an der Schulter operiert wurde. Arzt und Krankenkasse befürworteten den Aufenthalt, den sie zwei Wochen später antraten. Sie hatte sich zum Ziel gesetzt, nach der Reha schmerzfrei zu sein. Ansonsten hatte sie keine konkreten Vorstellungen, wie ihr erster Rehaaufenthalt verlaufen sollte. Die Reha konzentrierte sich auf ihre Rückenschmerzen und ihr Tagesprogramm war gefüllt von Krafttraining, Physiotherapie, Massage, Entspannung, Bewegungsbad und Rückenschule. Sie und ihr Mann waren sehr zufrieden mit dem Tagesablauf und der Klinik im Allgemeinen. Während der Zeit erfährt sie eine Besserung der Symptome. Sie beschreibt den Aufenthalt als schönste Zeit. Leider kann sie ihr in der Rückenschule Erlerntes nicht in den Arbeitsalltag mitnehmen. Da sie am Fließband nicht die Möglichkeit hat es umzusetzen. Negativ fiel ihr auch die Sauberkeit der Klinik auf. Nach ihrer Reha besuchte sie mit ihrem Mann noch sechs Monate zwei Mal die Woche ein Nachsorgeprogramm in einer Rehaklinik in der Nähe. Ihre Rückenschmerzen sind nicht mehr ganz so schlimm wie vorher. Es habe sich auf einem niedrigen Niveau eingependelt. Sie weiß, dass sie was für ihre Gesundheit unternehmen muss, hat sich ein Zimmer für ihre Gymnastik eingerichtet und versucht jeden Abend mit ihrer Nachbarin Fahrrad zu fahren. Die Reha hat sie auf den richtigen Weg gebracht.

Fallvignette 110

... das ist vielleicht ne gute Sache, lieber gesundheitlich vorbeugen, es wird immer schlimmer und irgendwann sagt jemand, na ja, gut, hätte man ja vorher auch mal was unternehmen können...

54-jähriger Angestellter mit wechselnd sitzend und stehender Tätigkeit, der seit anderthalb Jahren an Rückenschmerzen im LWS Bereich leidet. Vor Jahren hatte er eine BS-OP im Halswirbelsäulenbereich, wo er nun beschwerdefrei sei. Er berichtet akut über Taubheitsgefühle in den Füßen und Fußsohlen, die er als rezidivierend beschreibt. Seine Leistungen im beruflichen und privaten Bereich bleiben unbeeinflusst. Schon bei seinem ersten Arztbesuch wird auf seine Initiative hin ein Rehaantrag ausgefüllt. Er will vorbeugen und sieht die Reha als Chance für sich und seine Schmerzsymptomatik. Seine Erwartungen vor dem Aufenthalt sind recht nüchtern, er wünscht sich eine Linderung seiner Beschwerden. In der Klinik

hat er ein intensives Trainingsprogramm, Schulungen und psychotherapeutische Betreuung. Er erfährt eine Besserung seiner Schmerzen, sein Taubheitsgefühl in den Füßen bleibt unverändert. Er lobt die Organisation und fühlt sich von dem Personal gut betreut. Während der Eingangsuntersuchung wurde eine Hypotonie und Bradycardie festgestellt worauf ein LZ-EKG zur weiteren Diagnostik angeordnet wurde. Leider wurde diese erst auf Nachfrage seinerseits im Abschlussgespräch von der Ärztin angesehen, so dass er sich während der drei Wochen etwas um sein Herz sorgte. Die Stationsärztin beschreibt er als überlastet. Er fühlte sich mit seiner Wirbelsäulenproblematik in guten Händen, auf seine Taubheitsgefühle in den Füßen sei allerdings niemand eingegangen. Nach der Reha hatte er zunächst das Gefühl, seine Schmerzen würden besser. Er nahm an einem Nachsorgeverfahren in einer ambulanten Einrichtung ein bis zwei Mal pro Woche teil. Dort hatte er leider kein Erfolg und er konnte seinen „Schmerzstand“ nicht aufrecht halten oder gar weiter lindern. Aktuell hat er eher das Gefühl die Schmerzen verstärken sich nach jedem Besuch dort. Aus der Reha hat er ein Rückentrainingsprogramm mitgenommen, welches er ziemlich regelmäßig abends vor dem Schlafengehen macht.

Fallvignette 113

...ja, noch mal würd` ich das nicht erstmal war das arschteuer und denn völlig kaputt, da hätte ich auch gar nicht hingehen brauchen. Die Anwendung und so war alles gut, wir waren ja auch nur Tanzen und Unterwegs...

44- jähriger allein stehender Mann, der als Drucker gearbeitet hat und seit anderthalb Jahren krank- bzw. arbeitsunfähig geschrieben ist, leidet seit 14- 16 Jahren an Rückenschmerzen. Er beschreibt sein Leiden als eine Kanalverengung des 4/5 Lendenwirbels, die sich verdichtet und entzündet hat und in die Beine ausstrahlt. Vor 14 Jahren hatte er einen Arbeitsunfall, wo er von der Leiter gestürzt sei und sich den Fuß und mehrere Rippen gebrochen habe. Damals ist sein Wirbelsäulentrauma nicht aufgefallen. Erst später sei er daran operiert worden, wobei ein Stück abgesplitteter Knochen entfernt worden wäre. Jetzt habe er jeden Tag Schmerzen, die er mit Tabletten, Krankengymnastik und Massagen versucht in den Griff zu bekommen. Er beschreibt sich vor dem Unfall als einen sportlich aktiven Mann. Jetzt schafft er kaum noch kurze Wege zu gehen. Er eine Rehamaßnahme hat er schon das zweite Mal in Anspruch genommen. Sie wurden ihm immer von Ärzten verschrieben. Sein erster Aufenthalt war stationär. Er berichtet über die Anwendungen mit Krafttraining und Physiotherapie als hilfreich und er hat dort eine Linderung seiner Schmerzsymptomatik erhalten, das andere „Drumherum“ mit den anderen Rehatelnehmern war für ihn allerdings eine große Strapaze. Er erzählt von nächtlichen Streifzügen durch die umliegenden Kneipen, die ihn viel Kraft und Geld gekostet haben. Nach diesen Erfahrungen entschied er sich bei seiner zweiten Reha für die ambulante Variante. Besonders geholfen habe ihm das Krafttraining, er verspürte Besserung und sieht die Reha an sich positiv. Nach zwei Wochen hat er sich allerdings sein rechtes Handgelenk gebrochen, was sich noch auf alles vergangene negativ auswirkt. Es scheint, als würde das Trauma seine Rehamaßnahme. Er versucht seit der Reha Fahrrad zu fahren und sich so gut es geht zu bewegen. Im Allgemeinen wirkt der Mann generell frustriert über seine Situation. Er möchte aktiver sein und Sport machen.

Als Drucker kann er keinen Fuß mehr fassen. Für eine Umschulung ist er zu alt. Er schafft es körperlich nicht mehr in seinem erlernten Beruf zu arbeiten. Seine Rentenanträge wurden abgelehnt. Er sagt aber auch, dass er sich für die Rente noch nicht alt genug fühle. Die Reha beurteilt er trotz allem als gut. Er hat Erfolge gesehen, war in der Zeit der täglichen Anwendung und Muskelaufbau beweglicher; konnte länger laufen und fahrradfahren. Er sagt sogar, dass er eigentlich gar keine Einschränkungen dort gehabt habe. Zurzeit befindet er sich noch in physiotherapeutischer Behandlung, nimmt immer noch viele Schmerzmittel und wirkt als möchte er sich eigentlich nicht mit sich und seinem Rückenleiden auseinander setzen.

Fallvignette 115

...nach der Kur fühlte mich einfach wie neu, wie neu geboren...

49-jährige verheiratete Frau mit einer erwachsenen Tochter. Sie arbeitet seit 18 Jahren an einer Siebdruckmaschine. Ihre Rückenschmerzgeschichte beginnt mit 19 Jahren. Nach sechs Jahren Turniertanz, zwischendurch lange Jahre „Ruhe“, jetzt seit vier Jahren verstärkt Schmerzen, hauptsächlich im Halswirbelsäulen Bereich, aber auch in der Brust und Lendenwirbelsäule. Ihre starken Rückenschmerzen stellen sich meist erst abends nach der Arbeit ein. In den letzten drei Jahren musste sie zuletzt bis zu drei bis vier Mal im Monat zum „Einrenken“ zu ihrem Orthopäden. Krankschreiben lassen hat sie sich deswegen nie. Sie arbeitet sehr gerne in ihrem Beruf. Ihr Arzt hat ihr ab und zu Physiotherapie verschrieben, die ihre Beschwerden aber nicht aufhalten konnte, da die Rezepte unregelmäßig kamen (Budget). Zur Reha sei sie aus Eigeninitiative gekommen. Ein Arbeitskollege hatte sie auf die Idee gebracht und sie hat mit ihrem Orthopäden gesprochen und sich die Unterlagen direkt bei der Krankenkasse abgeholt. 14 Tage später hatte sie schon einen Termin bei der Amtsärztin. Es war ihre erste Reha und sie hatte gar keine „Vorerfahrung“, so dass sie, wie sie berichtet, ganz „unbefangen“ zur „Kur“ fuhr. „Hauptsache ich bekomme ein paar Massagen, kann schön entspannen und ausruhen“. Obwohl sie über ein sehr straffes Kraft und Ausdauersportprogramm berichtet, werden ihre Vorstellungen und Ziele voll erfüllt. Sie weiß, dass sie selbst aktiv werden muss und war mit Herz und Seele dabei. Sie profitiert von Fitness, von Bädern und Meditationstraining, erfährt Hilfe zur Selbsthilfe, vor allem an ihrem einseitigen Arbeitsplatz. Optimetrie ihrer verschobenen Wirbelsäule sieht sie als Warnhinweis und Motivation zugleich. Sie lobt Therapeuten, Ärzte und ihr Übungsprogramm, geht schmerzfrei aus der Reha und nimmt an einem MTT im Anschluss für ein halbes Jahr teil. Sie macht ihre, in der Reha erlernten Übungen selbstständig zu Hause in ihrem als vollständig als Fitnessraum umgebauten Kinderzimmer ihrer Tochter. Bei der Arbeit kann sie die erlernten Strategien umsetzen und weiß, wann sie dort eine kleine Pause einlegen muss, um sich zu Dehnen oder eine Übung zu machen. Der Rehaaufenthalt nimmt einen sehr großen Stellenwert im Beschwerdeverlauf der sehr aktiven Frau ein. Sie hat sich ganz in die „Hände“ der Therapeuten und Ärzte dort gegeben...“ es ging einfach nur um meinen Rücken...der war da gut aufgehoben“. Sie hat dort Hilfe zur Selbsthilfe erfahren und ihre Eindrücke, ihr Erlerntes komplett in ihren Alltag zu Hause und an ihren Arbeitsplatz transferieren können.

Fallvignette 116

...da habe ich 3 Wochen ein schönes Leben gehabt...

45-jähriger Werftarbeiter am Hafen leidet seit 20 Jahren an Rückenschmerzen. Er ist verheiratet und hat einen Sohn. Seine jahrelangen Beschwerden führt er auf seine harte Arbeit und den auf dem Schiff vorhandenen Temperaturwechseln zwischen „heiß“ unter Deck und „kalt“ draußen zurück. Er geht schon seit Jahren zum Heilpraktiker, wo er für seine Rückenschmerzen Linderung bekommt, außerdem cremt er seinen schmerzenden Bereich mit Salbe ein, lässt sich, wenn es gar nicht mehr geht Medikamente und Spritzen vom Arzt verordnen. Er geht regelmäßig zum Sport (Fitness) und hat schmerzfreie Intervalle im Urlaub, wenn er sich erholen kann. Zusätzlich zu seinen Rückenschmerzen im LWS-Bereich klagt er über Nacken und Schulterverspannungen, die ihm zeitweise auch die Hände einschlafen lassen. Durch einen Bandscheibenvorfall im LW-Bereich bekommt er auch Taubheitsgefühle im Fuß. Bei starken Beschwerden hilft er sich durch ein TENs-Gerät. An seinem Arbeitsplatz ist er insofern eingeschränkt, dass er nicht mehr so schnell ist wie früher. Zu Hause muss sein Garten in Schmerzphasen ruhen. Zurzeit arbeitet er an der Werkbank und nicht mehr so viel an Bord, was ihm seine Arbeit erleichtert. Die Initiative zu seiner ersten Reha kam von ihm selbst. Er hat es seiner Ärztin vorgeschlagen und war überrascht, wie schnell er in der Klinik war. Er wollte für sich eine Linderung der Beschwerden erreichen, Verhaltensregeln für seinen Alltag erlernen und Übungen für zu Hause mitnehmen. Darüber hinaus hatte er sich Entspannung und Massagen gewünscht. Der Rehaufenthalt hat ihm gut gefallen. Allerdings wurde er durch Schmerzen in seinem Knie überschattet. Er war oft geschwollen und tat ihm weh. Von den Ärzten fühlte er sich mit seinen Kniebeschwerden nicht gut betreut. Er hat sein Trainingsprogramm trotz der Einschränkung durchgezogen und hat sein geschwollenes Knie gekühlt und eingecremt. Sein Tagesablauf war mit Krafttraining, Walking, Güssen, Bewegungsbad, Rücken-, Ernährungs- und Sportvorträgen und Entspannungsübungen gefüllt. Er berichtet über eine gute Organisation und hat sich in der Klinik im Großen und Ganzen wohl gefühlt. Er hat an einem Ernährungskurs teilgenommen, sich auf Reduktionskost gesetzt und mehrere Kilo abgenommen. Während der Reha erfährt er eine Linderung für seine Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen, die auch nach der Reha noch einige Wochen angehalten hat. Er war während der Zeit entspannter und fühlte sich vom Alltag und von der Familie losgelöst. Negativ beurteilt er, dass es keine Anwendungen am Wochenende gab und dass sein Knie ihm solche Probleme bereitet habe. Er wurde nach der Reha auch arthroskopiert. Durch die Reha hat er ein paar Übungen gelernt, die er jetzt jeden Tag zu Hause oder im Fitnessstudio machen kann. Er weiß, dass er selbst aktiv sein muss, um seine Schmerzsymptomatik in den Griff zu bekommen. Die Reha hat ihm noch zusätzliche Wege dazu eröffnet.

Fallvignette 117

....brauchen sie nichts machen, keine nicht wie zu Hause, ne, da ist alles fertig. Dazu wie Urlaub kann man sagen...

...sehr gut, ich meine mit Personal, mit Schwester, mit Ärzte, solche Sachen, mit Essen, war sehr gut, genau wie fünf Sterne Hotel. Aber die Schmerzen ist nicht geholfen....

57- jährige ungelernte Reinigungskraft im Krankenhaus, ist verheiratet, hat Kinder und Enkelkinder. Sie hat 40 Jahre körperlich hart gearbeitet und leidet seit sechs bis acht Jahren an Rückenschmerzen. Außerdem klagt sie über Verschleißerscheinungen aller großen Gelenke und der Wirbelsäule. Ihre starken Schmerzen versucht sie durch Medikamente, Spritzen und Akupunktur zu bekämpfen. Über die Jahre hat sich eine Depression entwickelt. Sie beschreibt aggressives Verhalten durch die vielen Schmerzen. Geholfen habe ihr bis jetzt nichts, sie hat so gut wie jeden Tag starke Schmerzen mit Schwindel und Migräne. Ihren Haushalt schaffe sie nur mit Hilfe ihrer Kinder, Verwandten und Freunden. Sie sieht sich außerstande weiterhin berufstätig zu sein. Sie fühlt sich kraftlos und ist krankgeschrieben. Zu der Rehamassnahme ist sie über ihre Krankenkasse und ihren Arzt gekommen. Bei der LVA wurde die Reha auf Grund ihrer starken Verschleißerscheinungen befürwortet. Sie wollte sich dort ausruhen, darüber hinaus hatte sie keine konkreten Ziele für sich. In der Reha hat sie versucht alles mitzumachen. Bewegungsbad, Walking, Physiotherapie, Rückenschule. Durch ihre Wasserangst und ihr Asthma war sie etwas eingeschränkt. Die Klinik mit Therapeuten, Ärzten, Pflegepersonal, Unterbringung, Verpflegung hat ihr sehr gut gefallen. Sie sieht ihren Aufenthalt dort als Auszeit von ihrem Alltag von zu Hause, kann sich entspannen und genießt das Gefühl versorgt zu werden. An ihrer Schmerzsituation ändert sich jedoch während und nach der Reha nichts. Ihre positive Bewertung der Reha begründet sie ausschließlich damit sich wie im „Urlaub“, bzw. im „ 5-Sterne Hotel“ gefühlt zu haben. Im Vergleich zu ihrer Reha vor 15 Jahren hat sie dieses Mal mehr Bewegungstherapie aber weniger Massagen und Bäder erhalten. Das Resultat war aber bei beiden Maßnahmen gleich schlecht. Bei ihrem ersten Rehaaufenthalt hat sie noch das Gefühl gehabt, es hätte etwas geholfen, was sie aber darauf zurückführt, dass sie da noch jünger war und danach auch wieder arbeiten konnte. Der Stellenwert der Reha in ihrem Leben ist als gering einzustufen, sie konnte von dort nichts mitnehmen. Es hat kein Transfer in ihren Alltag stattgefunden.

Fallvignette 119

...ja, wenn die sagen, dass musst Du 100 oder 1000 Mal machen, dann hast das erst rein, dann bringst das bei de 2 Wochen, dann lernst das doch nicht, das geht ja doch so ruck zuck wieder weg...ne...80 bis 100000 Mal soll man das üben...bevor man das richtig drin hat...ja, da bringen das 2 Wochen so weit sind wir gar nicht gekommen....

56- jähriger verheirateter Mann mit erwachsenen Kindern, arbeitet seit 42 Jahren

auf dem Bau und leidet seit 10-15 Jahren an rezidivierenden Rückenschmerzen. Gegen seine Schmerzen hilft ihm laut seiner Aussage nichts und er unternimmt auch nichts um sich Linderung zu verschaffen. Im August/ September 2006 wurden die Beschwerden durch Nerveneinklemmungen so akut, dass nach langer Krankschreibung und erfolgloser Spritzentherapie vom Orthopäden eine Reha in die Wege geleitet wurde. Innerhalb von 4 Wochen war er dann mit seiner Frau, die vor Ort Urlaub machte, in der Rehaklinik. Seine Erwartungen waren zurückhaltend, „die haben gesagt, ganz weggehen tut das nicht, weil das ja alles verengt ist...“ Von Bekannten hatte er schon ein paar Erfahrungen über ihre Rehaerlebnisse gehört. Sein Ziel für die Reha war der Wunsch nach einer besseren Beweglichkeit. Die Motivation scheint aus seiner Art der Fragenbeantwortung und Beteiligung am Interview eher gering. Er berichtet an allen Therapieangeboten teilgenommen zu haben und etwas Besserung in der Zeit in der Klinik erfahren zu haben. Die Anwendungen und Schulungen beschreibt er eher nüchtern. Seiner Ansicht nach könne er von dem „Erlernen“ nichts an seinem Arbeitsplatz umsetzen. Auch sonst wirkt seine Motivation zum Transfer von Angeboten, Therapievorschlügen und Rückenschule von der Reha in seinen Alltag bei der Arbeit oder zu Hause und in der Freizeit eher gering. Es scheint an seiner ersten Rehamaßnahme habe ihm zwar alles gefallen, von der Unterbringung über das Essen, Therapeuten, Ärzte und Anwendungen- nur der Erfolg ist ausgeblieben. Es wirkt, als fehle die Eigeninitiative für seine Gesundheit. Nach der Reha ist die Bewältigung des Alltags genauso schlecht wie vorher, so dass er über Probleme am Arbeitsplatz klagt. Der Arztbericht der Rehaklinik an den Arbeitgeber hat zu einer Kündigung geführt. Die Reha hat so eine nachhaltige Bedeutung für ihn erhalten. Er beschreibt zum Ende des Gesprächs, dass der Nerv jetzt nicht mehr so schnell einklemme und er seine harte Arbeit genauso wie vorher bewältigen würde. Im Allgemeinen wird die Rehamaßnahme abschließend mit sehr gut beurteilt. Man muss dieses Ergebnis allerdings als Zusammenschluss aus den als Positiv empfundenen netten „Mitkurenden“ und den entspannten Anwendungen sehen. Eine Umsetzung von der Reha in den Alltag hat hier leider nicht stattgefunden.

Fallvignette 122

...gut, die Reha hat natürlich viel gebracht... aber letztendlich auch nicht so, dass es komplett schmerzfrei ist...

54- jähriger allein stehender Mann, der seit 20 Jahren an Rückenschmerzen leidet. Er arbeitet im Kundendienst und repariert Umwälzpumpen. Für seine Rückenschmerzen hat er keine konkrete Erklärung. Früher hatte er sie mit Sport in den Griff bekommen. Richtig akut wurden seine Beschwerden ab April 2006. Nach Nichtbesserung durch Krankengymnastik wurde im CT ein BS- Vorfall im LW-Bereich diagnostiziert. Es folgten eine Spritzentherapie und Physiotherapie. Zusätzlich machen ihm Schmerzen im rechten großen Zeh durch die Nerven ausstrahlungen zu schaffen. Beruflich ist er dadurch etwas eingeschränkt, es fällt ihm schwer körperlich hart zu arbeiten. In seiner Freizeit musste er das Volleyballspielen aufgeben und letztendlich auch seine Aktivität im Sportverein. Die Initiative zur Reha kam von seinem Arzt, der nach nicht Nichtanschlagen der Spritzen einen Antrag gestellt hat. Für seine zweite Reha hatte er das Ziel mobiler

zu werden, er wollte „wieder in Gang kommen“. In der Rehaklinik hatte er im Vergleich zu seinem ersten Rehaaufenthalt viel Krafttraining, Krankengymnastik, Bewegungsbad und Rückenschulungen. In der Klinik vor 20 Jahren lag der Therapieschwerpunkt im physikalischen Bereich. Von der Organisation der Klinik und dem Personal spricht er positiv, er habe sich gut betreut gefühlt. Er hatte in der Klinik durch eine Erkältung und Schulterschmerzen häufigen Kontakt zu den Ärzten, von denen er sich gut behandelt fühlte. Im Nachhinein hat er sein Ziel mobiler zu sein erreicht. Er nimmt weniger Medikamente. Eine große Einschränkung für ihn stellt seine Schulter da, wo er zur Zeit des Interviews immer noch in physiotherapeutischer Behandlung war. Sein Gesundheitszustand beschreibt er als gebessert. Er ist zufrieden mit dem Ergebnis der Reha. Es habe ihm gut getan mal weg von zu Hause zu sein. Trotzdem hat er im Fragebogen seine Reha nur mittelmäßig beurteilt, wie er jetzt sagt, wohl durch zu hohe Erwartungen. Die Reha hat sein Leben nur in dem Maße beeinflusst, in dem er auf eine schöne Zeit und eine Linderung seiner Schmerzen zurückblickt. Ein Transfer in seinen Alltag hat leider nicht stattgefunden.

Fallvignette 128

...ja, die Reha hat viel geholfen...

52-jährige allein stehende Frau mit zwei erwachsenen Kindern leidet seit ca. 16 Jahren an Rückenschmerzen. Sie arbeitet als Schneiderin. Sie versucht ihre chronischen Schmerzen mit den Ausstrahlungen in den Fuß und dem Bandscheibenvorfall im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich mit Salben, Selbstmassage und Gymnastik in den Griff zu bekommen. Sie sammelt Informationen bei Freunden und Bekannten, belist sich und scheint sehr beschäftigt mit ihrer Rückenschmerzproblematik. Ihr Arzt verschreibt ihr Physiotherapie und verschiedene Spritzen gegen die Schmerzen, sie selbst geht schwimmen. Nach fünf monatiger Krankschreibung schlägt ihre Ärztin ihr eine Rehamaßnahme vor. Nach Absage und Widerspruch wird die Reha genehmigt. Sie bekommt Physiotherapie, Krafttraining, Bewegungsbad. Sie beschreibt ihren Tagesablauf als voll und vielseitig. Sie konnte viele Übungen mit nach Hause nehmen und hat gelernt in Schmerzsituationen zu handeln, indem sie ihre Position wechselt, sich dehnt oder auf den Ball setzt. Sie fährt viel Fahrrad. Die Anwendungen haben eine vorübergehende Linderung ihrer Beschwerden hervorgerufen. An den Parästhesien im Fuß hat sich leider nichts geändert. Ihre zweite Reha beschreibt sie als ganz anders als die erste. Dieses Mal habe sie mehr Sport gemacht, vor drei Jahren habe sie sich mehr entspannt, mit Moorpackungen, Bädern und Massagen. Die Reha hatte für sie nur eine vorübergehende Schmerzlinderung gebracht, allerdings hat sie gelernt im Alltag mit ihren Schmerzen umzugehen, auch wenn es ihr scheinbar sehr schwer fällt sich mit anderem zu beschäftigen als mit ihrer Rückenproblematik.

Fallvignette 129

...nach der Reha war ich eigentlich kaputter als vorher...ich habe nur Schmerzen gehabt...

58- jähriger Mann der seit ca. 20 Jahren an Rückenschmerzen leidet und als Maler arbeitet. Seine Beschwerden im LW- und Schulterbereich kamen plötzlich. Zusätzlich leidet er seit 30 Jahren an psychosomatischen Angst und Panikstörungen. Gegen seine Rückenschmerzen hat er vom Orthopäden und vom Hausarzt Physiotherapie, Massagen und Spritzen bekommen. Durch „Rückengymnastik“ erhielt er Linderung, allerdings hat er für sich noch nicht die Lösung für seine Schmerzen gefunden. Beruflich ist er eingeschränkt, er berichtet, dass ihm vor allem die Arbeit über Kopf Probleme bereitet. Vor der Reha war er wegen „Winterpause/Schlechtwetter“ arbeitslos. Wurde aber im Frühjahr wieder bei seiner alten Firma eingestellt. In seiner Freizeit fühlt er sich durch seine Schmerzen nicht behindert, da er keine Hobbys hat und auch sonst nicht viel unternimmt. Die Rehamaßnahme wurde von seinem Arzt in die Wege geleitet. Seine Erwartungen für seine dritte Reha waren eine Schmerzlinderung und eine bessere Beweglichkeit. Die vorherigen Rehamaßnahmen waren auf Grund seiner psychosomatischen Diagnosen. Die „Rückenreha“ beschreibt er aber ähnlich. Sein Tagesablauf ist ihm etwas zu stressig. Er nimmt an Nordic Walking, Bädern, Rückenschule und Psychotherapie in Gruppengesprächen teil. Die psychotherapeutische Betreuung hat ihm am besten gefallen. In der Klinik fühlte er sich sehr wohl und rundum gut betreut. Das hat auch trotz unveränderter Schmerzlage den Ausschlag für seine sehr positive Bewertung des Rehaaufenthaltes gegeben. Die Reha hat für ihn einen geringen Stellenwert in seiner Beschwerdelaufbahn, er hat für sich nichts in seinen Alltag mitgenommen und es scheint als wäre die Wichtigkeit seiner Rücken und Schulterschmerzen von seinen psychosomatischen Problemen überschattet, die ihm einen weitaus stärkeren Leidensdruck verschaffen.

Fallvignette 131

...die haben das ganz gut hingekriegt, da die von der Rehaklinik, also ich war richtig begeistert von der Rehaklink...

Fast 60- jähriger Staplerfahrer, leidet seit ca. 13 Jahren an Rückenschmerzen. Er ist verheiratet und hat einen Sohn. Als Auslöser sieht er eventuell einen Autounfall vor 20 Jahren. Von seinem Orthopäden bekommt er Akupunktur, Ibuprofen, Krankengymnastik und Massage. Wenn sein Halswirbel blockiert ist, lässt er sich mit „Einrenkungen“ helfen. Er erhält durch die Maßnahmen eine Linderung, kann sie aber nicht aufrechterhalten. Außerdem macht ihm die Taubheit und das Kribbeln des rechten Armes zu schaffen. Im beruflichen und im häuslichen Alltag ist er eingeschränkt und leidet sehr darunter, dass seine Frau durch seinen „Ausfall“ mehr belastet ist. Die Initiative zur Reha kam von ihm selbst, weil er nirgends eine Therapie mit Erfolgschancen für sich gesehen habe. Im Prinzip habe er an die Reha keine Erwartungen gehabt. In der Klinik habe er „volle Wiederherstellung“ als Ziel angegeben. Er ist sehr motiviert und versucht seinen

sehr voll gepackten Tagesablauf zu bewältigen, was ihm zunächst nicht gelingt. Als er keine Verbesserung seiner Symptome, besonders seines tauben Armes erfährt, gibt er der Oberärztin bescheid, die ihm Einzelkrankengymnastik anordnet. Dort werden seine Probleme im Arm deutlich besser. Die Trainingseinheiten an den Geräten bringen ihm keinen weiteren Muskelaufbau, da er schon vorher gut durchtrainiert war. Für zu Hause bekommt er ein Übungsprogramm und lernt sich abwechslungsreicher, auch am Arbeitsplatz zu bewegen. Er berichtet sehr positiv von seinem Rehaaufenthalt. Er habe sich sehr wohl gefühlt und würde jederzeit wieder zu einer Reha gehen. Die Schmerzen im Rücken haben sich verbessert und die Taubheitsgefühle des rechten Arms sind verschwunden, er tue aber noch weh. Im Alltag zu Hause und bei der Arbeit kommt er besser zurecht. Er benötigt keine Schmerzmittel mehr. Er ist sehr zufrieden mit seinem Rehaerfolg, weil für sich seine Ziele erreicht hat. Die Zeit in der Klinik hat ihm sehr gut getan, er konnte gut abschalten, mal weg von seinem zu Hause, seinem Alltag. Er blickt auf die Rehamaßnahme mit nur positiven Gefühlen zurück.

Fallvignette 136

...wir waren ja eine Gruppe von 15 Leuten, ja, das war ganz toll, das war wie Urlaub, wir haben uns gesucht und gefunden, es war wirklich ne tolle Kameradschaft, wir waren immer zusammen...

...war schön die drei Wochen, aber Schmerzen sind nicht besser geworden, oder schlimmer geworden, oder besser geworden...

....also ne lustige Kur, das hätte ich nicht erwartet....

50- jähriger Klempner leidet seit über zehn Jahren an rezidivierenden Rückenschmerzen. Als Auslöser sieht er seine Arbeit und die Verkürzung seiner Muskulatur. Er ging regelmäßig zum Orthopäden und ließ sich dort seine Blockaden lösen, Tabletten und Krankengymnastik verschreiben. Danach verspürt er immer eine Linderung. Er geht regelmäßig ins Fitnessstudio um sich fit zu halten. Seine Arbeit macht ihm viel Spaß. Die Initiative zur Reha kam von der Bauberufsgenossenschaft, die alle drei Jahre Untersuchungen durchführt und auch alle Formalitäten erledigt. Seine Erwartungen waren von einer Badekur, die er vor Jahren mit seiner Frau machte, geprägt. Er erhoffte sich neben Massagen, Fangopackungen und Krankengymnastik, ein intensives Einzeltherapie- und Dehnungsprogramm. In der Klinik war sein Tagesablauf geprägt von Gruppentherapien im Bewegungsbad und Krafraum. Die Einzeltherapie vermisste er. Mit der Klinik ist er sehr zufrieden, er lobt Organisation, Unterbringung, Verpflegung und das Personal. Ausschlaggebend für seine positive Bewertung der Rehamaßnahme scheint die Gruppendynamik in der Klinik. Er versteht sich sehr gut mit den anderen Rehabilitanden und beschreibt die Zeit als schöne drei Wochen Urlaub in der er sehr viel Spaß gehabt habe. Nach der Reha hat er einige Monate gar keine Schmerzen. Er geht weiterhin in Fitnessstudio und macht viel Sport. Für die Dehnübungen, die er machen müsste um seinen Wirbelblockaden vorzubeugen fehlt ihm weiter hin die Motivation. An dem Nachsorgeprogramm der Rentenversicherung möchte er aus Zeitgründen und weil er regelmäßig selbstständig in Fitnessstudio geht nicht teilnehmen. Eine Erleichterung am

Arbeitsplatz oder in der Freizeit verspürt er nach der Reha nicht. Kürzlich hatte er wieder starke Rückenschmerzen, die wie er selbst sagt, daher kommen, weil er in schmerzfreien Phasen sein Trainingsprogramm vernachlässigte. Negativ hat er auch die ständig auszufüllenden Fragebögen empfunden. Seine Gruppe wäre regelrecht überflutet worden mit Fragebögen, die seiner Meinung nach nicht auf ihn und seine Problematik abzielten. Nachhaltig hat die Reha sein Leben nicht beeinflusst, er betont das Öfteren eine sehr schöne Zeit gehabt zu haben. Sport treibt er weiterhin viel, versucht sich fit zu halten und vermittelt den Eindruck, im Grunde genommen zu wissen was ihm seine Schmerzen lindert, nur wenn es ihm gut ginge, ließe er sein Rückenprogramm schleifen.

Fallvignette 138

...ich weiß noch nicht mal, ob es eine Rückenreha war, also viel für`n Rücken wurde da nicht getan...

28-jähriger Mann, der zurzeit als Lagerist arbeitet, abends studiert und schon eine Ausbildung als Maler, Lackierer und Kinderkrankenpfleger abgeschlossen hat. Er leidet seit einem halben Jahr an Rückenschmerzen. Diese machten sich zunächst durch ein Taubheitsgefühl und Kribbeln des Beines bemerkbar. Er muss täglich starke Schmerzmittel nehmen. Es wurde im MRT eine Protusion der Bandscheibe festgestellt, die zunächst mit einer CT-gesteuerten Spritzentherapie behandelt wurde. Der Orthopäde empfahl ihm außerdem Ruhe, Gewichtsreduktion und sprach sich für eine Rehamaßnahme aus. Nach langer Krankschreibung, Leistungsverlust im beruflichen und im Freizeitbereich (Aufgabe seines Hobbys Tanzen), Einschränkungen zu Hause und im Alltäglichen verpflichtete ihn schließlich die Krankenkasse zu seiner ersten Reha. Er hatte die Hoffnung dort Hilfe zur Selbsthilfe zu erhalten und eine Linderung seiner Beschwerden zu bekommen. Da er an diversen Allergien, u. a. Chlorwasserallergie und Nahrungsmittelunverträglichkeiten leidet, einen Hypertonus und einem alten Steißbeinbruch, der ihn vom Fahrradfahren abhält, hat war die Zeit in der Rehaklinik für ihn sehr unbefriedigend. Die Klinik mit ihrer ärztlichen Leitung, die Therapeuten und Psychologen seien überhaupt nicht auf seine „Nebendiagnosen“ eingegangen und brachten ihm großes Unverständnis entgegen. Die Therapiepläne wurden ungeachtet seiner Allergien aufgestellt und er konnte sein Trainingsprogramm nicht ausführen. Außerdem führten die Therapien weit an seinen Beschwerdebereichen vorbei (Fangopackung in der HWS statt LWS, etc.). Physiotherapie und Muskelaufbautraining begann für ihn erst in der letzten Woche und auch zuvor war durch die Weihnachts- und Silvesterfeiertage keine Kontinuität seiner ohnehin schon wenigen Anwendungen vorhanden. Mit seiner vielen Freizeit konnte er nicht viel anfangen, da selbstständiges Üben in der Klinik unerwünscht oder nicht möglich war.

Er habe sich die gesamten drei Wochen sehr unwohl gefühlt und beschreibt die Zeit als „Hölle auf Erden“. Die wenigen Therapien und Anregungen, die er erhalten habe, waren für ihn nicht in seinen Alltag transferierbar. Er habe kein Übungsprogramm mit nach Hause bekommen und fühlt sich heute genauso hilflos mit seiner Schmerzsituation wie vor der Reha. Sein starker Schmerzmittelkonsum (Novalgin, Tramal) ist gleich geblieben. Seine Schmerzen beschreibt er sogar als stärker als vor der Reha. In eine Rehaeinrichtung möchte er nie wieder.

Fallvignette 139

.....und das schöne ist, man merkt das, das wirklich Besserung ist, ne das ist das Größte, das ist das beste denn, nachher, ne

30-jähriger Industriemechaniker, Vater von zwei kleinen Kindern, leidet seit über einem Jahr an Rückenschmerzen im LWS- Bereich. Eine CT-Untersuchung ergab einen BS- Vorfall, den er aber nicht operieren lassen möchte. Sein Orthopäde verschreibt ihm Krankengymnastik und Spritzen die ihm auf Dauer keine Linderung der Beschwerden verschaffen. Im Beruflichen und Privaten fühlt er sich durch seine Schmerzen sehr eingeschränkt. Das Arbeiten im Garten und zu Hause, Spielen mit seinen Kindern und seine Arbeit fällt ihm zunehmend schwerer. Als Ursache für seine Beschwerden könnte für ihn seine Arbeit als Jugendlicher im Baumarkt sein. In seiner Freizeit geht er häufig ins Fitnessstudio. Als sich seine Situation verschlechtert und er zunehmend frustriert mit seinem ihm quälenden Rückenschmerzen wird, berät er sich mit seinem Orthopäden über das weitere Vorgehen. Gemeinsam beschließen sie die Rehamaßnahme. Von seinem Schwiegervater hatte er schon einige Erfahrungsberichte und fühlte sich vor der Reha gut informiert. Als seine Ziele formulierte er Schmerzlinderung und Muskelaufbau. Er wollte von der Reha eine Hilfe zur Selbsthilfe mitnehmen und keine Schmerzen mehr haben. In der Rehaklinik hatte er jede Menge Therapien, Massagen, Salzbäder, Schwimmtherapie, Krafttraining und Rückenschule. Er fühlt sich gut betreut, lobt die Organisation Unterbringung und das Therapeutenteam. Mit den Ärzten hatte er wenig Kontakt. Als schwierig beschreibt er den großen Altersunterschied der anderen Rehabilitanden, da habe er sich nicht so wohl gefühlt. Er konnte nach seiner ersten Reha erlernte Übungen und die Rückenschule in seinen Alltag zu Hause transferieren. Seine Schmerzen und das Kribbeln im linken Oberschenkel verschwinden. Am Ende der Rehamaßnahme ist er beschwerdefrei, sein Alltag fällt ihm wieder leichter, er berichtet er „lebe richtig auf“. Seine Rückenübungen macht er so gut wie täglich. Die Reha ist ein einschneidendes Erlebnis in seinem Leben. Er hat eine Beschwerdefreiheit erfahren und hat gelernt was er machen muss um diese Aufrecht zu erhalten.

Fallvignette 143

...nein, ich kann nicht sagen schlecht, aber nicht für mich, ich hatte keine Hilfe, ich hab keine Besserung von da...gesehen, das einzige wo ich war, ich hab gesagt, meine Beine, ich bin zufrieden, aber mit Rest, so hat geblieben, hat nichts gebracht....

57-jähriger verheirateter Dachdecker, Vater von erwachsenen Kindern leidet seit 14 Jahren an Rückenschmerzen. Nach seiner Bandscheibenoperation 1993 war er sechs Monate krankgeschrieben. Eine Verbesserung seiner Symptomatik hat sich post- OP nicht eingestellt. 1995 hatte er einen Arbeitsunfall, bei dem er sich den Kopf an einem Kantholz stieß und daraufhin 1 m in die Tiefe stürzt. Im Jahr 2000 erleidet er einen Herzinfarkt. Zusätzlich zu seinen Rückenschmerzen leidet er an Arm-, Brust- und Kopfschmerzen, die besonders nachts auftreten. Er berichtet, dass ihm nichts gegen seine Beschwerden geholfen habe, kein Arzt,

keine Physiotherapie und keine Spritzen. Am Arbeitsplatz fällt er oft aus und hat kein Vertrauen in sich, oft ist er von Schwindel geplagt und hat große Angst. Früher bezeichnete er seine Arbeit als sein Hobby und habe 16 Stunden am Tag als Dachdecker sehr gerne gearbeitet. Jetzt sitzt er überwiegend zu Hause, fühlt sich nutzlos und sieht sich als Last für seine Familie. Er nimmt sehr viele Medikamente und wirkt niedergeschlagen und depressiv. Die Initiative zur Reha kam von seinem Arzt. Er selbst wollte keine Rehamaßnahme. Nach seiner Bandscheibenoperation 1993 hatte er an einer Anschlussheilbehandlung teilgenommen, die ihm damals auch keine Besserung seiner Schmerzsymptomatik brachte. Sein Ziel für die zweite Reha war, „dass alles ein bisschen besser wird“. Die Klinik mit Unterbringung, Verpflegung, Therapeuten, Ärzten und Pflegepersonal hat ihm sehr gut gefallen. Er bekam Wassergymnastik, Krafttraining, Rückenschule und Entspannungstherapie. Sein Schmerzzustand habe sich gar nicht verbessert. Seine derzeitigen Kopfschmerzen überschatten den Rest seiner körperlichen Beschwerden. Er hat und bekommt für sich keine Erklärung für seine starken Schmerzen im Kopf, so dass er sich letztendlich in der für seine Beschwerden falschen Rehaklinik fühlt. Im Vergleich zu seiner Rehamaßnahme von vor 12 Jahren muss er dieses Mal mehr Krafttraining absolvieren und erhält keine physikalische Therapie. An der ersten Reha lobt er besonders die Einzeltherapie, die ihm jetzt gefehlt habe. Wenn er über die Rehamaßnahme spricht, wirkt er sehr angespannt und verzweifelt. Er betont oft hilflos zu sein und nirgendwo für sich und seine starken Beschwerden Linderung zu erfahren. Er nimmt sehr viele Medikamente, die ihm zurzeit starke Nebenwirkungen bereiten. Neben seinen Kopfschmerzen, dem Herzinfarkt, Nierenproblemen und dem Schwindel haben seine anfänglichen Rückenprobleme an Stellenwert und Wichtigkeit verloren. Er scheint zurzeit so depressiv zu sein, dass er lieber „umfallen“ würde...“ wenn ich sterbe, dann geht alles weg“. Sein Lebensmut ist überschattet von seinen erheblichen, einschränkenden, gesundheitlichen Problemen. Inzwischen ist er auch in psychotherapeutischer Behandlung. Die Reha hat für ihn nur in sofern einen Stellenwert, als dass es ihn noch mehr Verzweiflung stürzt, dort auch keine Hilfe für sich erfahren zu haben. Seine Leistungen im beruflichen und alltäglichen beschreibt er als fast Null, daran habe auch die Reha nichts geändert. Somit hat kein Transfer in seinen Alltag, oder eine Steigerung seiner Leistungsfähigkeit durch die Reha stattgefunden.

Anhang 6: Liste der Codings

Codeliste:

Ausgangslage

fehlende Anerkennung der Krankheit durch Ärzte, Familie
Hilflosigkeit durch die Beschwerden
großer Stellenwert der Beschwerden im Alltag
Eigeninitiative zur Schmerzbekämpfung
Rentenantrag, Rentenwunsch vor Reha
Wunsch nach Rente

Dauer der Rückenschmerzen

lang/ chronisch über 10 Jahre
mittel (2-10 Jahre)
seit kurzem/ akut

eigene/subjektive Hypothese über Entstehung Schmerzen

altersbedingt, "Verschleiß"
muskuläre Ursache
angeborene Fehlstellung
keine Erklärung
Bandscheibenerkrankungen als Ursache
arbeitsbedingt

Arbeitsplatzprobleme

Druck durch Arbeitgeber
keine Probleme
Arbeitslosigkeit
Angst vor Leistungsverlust

Krankschreibung vor Reha

Weg zur Rehabilitation

andere (Familie, Freunde)
Betriebsarzt
Idee des behandelnden Arztes
Zwang durch Krankenkasse/ Rentenversicherung
Eigeninitiative

Rehaerwartungen

Motivation zur Reha

Fremdmotivation (Arzt, Krankenkasse, Familie)
eigene Motivation (Selbstmotivation)

Erwartungen

allgemeine Besserung der Beschwerden
Ruhe
Hilfe im Umgang mit Problemen
viel "rausholen", "mitnehmen"
Mobilität
keine Erwartungen der Verbesserung der Schmerzen
Schmerzlinderung
Arbeitsfähigkeit wiedererlangen

Massagen, "Verwöhnt" werden
Verständnis, Diagnostik

In der Reha

Gefühl in der falschen Klinik gewesen zu sein

positives an der Reha

Therapien
Selbsthilfe
Information/ Schulung
Organisation
Unterkunft, Verpflegung
Personal
Raus aus Alltag
nette Mitpatienten "Gruppe"

negatives an der Reha

Therapien
Unterkunft, Essen
Personal
Organisation
Leiden unter Mitpatienten
Schulungen, Umsetzung des Gelernten in Alltag
das Gefühl, dass nicht auf Probleme eingegangen wird

Outcome

nach der Reha

Nachsorgeprogramm
Transfer in den Alltag
Schmerzsituation
 Linderung
 Keine Besserung
 Verschlechterung
 Während Reha besser, danach wieder wie vorher
 Wechselnde Schmerzphasen
Perspektive, Wünsche, Erwartungen
 Erwartungen an Ärzte, Therapeuten
 Keine
Arbeitsplatz, Leistungsfähigkeit
 Kündigung durch Reha
 keine berufliche Leistungssteigerung
 allgemeine Leistung gesteigert durch Reha
 Verbesserung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz
keine Besserung
Verschlechterung
jetzige psychische Belastungssituation durch Beschwerden
Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha
Gründe für positive Gesamtbewertung der Reha

Bezug zum Fragebogen

Art der Diskrepanz

Frage vergessen zu beantworten
Frage für Rehabilitand irrelevant

Fragestellung missverstanden
größere Erwartungen an Reha
Unzufriedenheit mit Rehaergebnis
Klinikspezifische Probleme
keine Erklärung
Reha gut beurteilt, aber keine Besserung
Zeitpunkt der Befragung

Codiersystem:

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 279 - 287

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

J: und die Ärzte?

106: ja ich hatte ja nur einen Arzt gehabt, der war n bisschen ruppig fand ich so ne, ne, also da doch n bisschen ruppig, ne

J: war nicht so einfühlsam?

106: nein, nein, nein

J: wollte sich auch nicht noch mehr Arbeit mit Kreislauferkrankungen machen

106: ja, ja, genau, ja, ja, ja, ja, genau, ne

J: bloß nicht kratzen,

106: ja, ja, ne, ich fand auch so die Tonlage war auch n bisschen ruppig so alles, ne. Ne weil, man kennt das ja halt und man kennt die ja auch diesen Arzt nicht so, ne. Man weiß auch nicht, was er so will und so, ne.

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 388 - 399

Code: Outcome\ Bezug zum Fragebogen\ Art der Diskrepanz\ Reha gut beurteilt, aber keine Besserung

J: ja, bestimmt. So, jetzt muss ich noch mal einmal auf den Fragenbogen gucken.....aber trotzdem sich ja nichts verändert hat, wie ich das richtig verstanden habe, haben sie ja die Reha insgesamt ja ganz gut beurteilt, auf dieser Skala von 1 bis 10

106: die war ja auch wie ich schon sagte

J: haben sie ja acht, das ist ja schon ziemlich gut

106: ja, ja, das war ja auch halt, das lag alles an diesen Betreuern die da waren...daran lag das, die waren so was von gut, wirklich also, eh, die haben sich wirklich gekümmert um uns, also

J: ja.

106: ne, also wir hatten so dieses Bodenturnen gehabt, die sind wirklich zu jeden Einzelnen hingegangen, also nicht so diese Nachsorge, wo mir nur einmal was gezeigt wurde

J: ja

106: im Schnelldurchgang, und ich denn danach, ich musste auf die Bilder gucken, was sollt ich denn noch machen. Da war das wirklich, die sind hin, ham das gezeigt, ham sich hingestellt, haben gesagt, „ Herr D. das ist verkehrt, sie müssen das so machen, genauso ist es richtig“ und das haben sie jeden Tag gemacht. Also die haben eine Ausdauer ohne Ende gemacht, also das war auch bei den Wassergymnastik, ne, die haben da mitgemacht. Die haben gezeigt, die haben geguckt, das auch wirklich jeder mitmacht, ne, deswegen auch diese gute

Note, und so, also, ne, ich mein man kann ja nicht, das war einfach in Ordnung soweit, ne

J: ja, und sie haben sich auch so ganz wohl gefühlt. Das einzige war eben, dass sie so für sich keine Besserung

106: genau, ich habe für mich selbst so keine Besserung, das war da nicht so ganz so toll, nein, nein

J: mmh. Und sie haben für sich jetzt ja auch keine Lösung, wie es weiter geht

106: nein, eigentlich nicht.

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 287 - 293

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: ja. Und hatten sie auch das Gefühl, das er jetzt nicht die richtigen Therapien für sie ausgesucht hatte?

106: also, ich hatte, es waren auch nicht die richtigen Therapien. Wie gesagt, es hat ja nicht geholfen

J: es hat ja nicht geholfen...ok, also sie hatten eher auch damit gerechnet vorher schon, dass es eher so n bisschen Entspannung für ihre Muskulatur ist,

106: Ja, erstmal Entspannung

J: Massagen, Moorbäder und so

106: genau und dass da eben, ich hatte ihnen das ja auch erklärt, dass ich beim, ich kann 50 kg hochheben, da lach ich drüber und da guckt er mich an, da als wenn, ne, aber das ist halt so, ne.

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 312 - 315

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

106: ja. Also die Kur hat so für mich nichts gebracht da. Außer das ich da drei Wochen...

J: der Alltag ist der gleiche wie vorher

106: ja, ja, genau. Ja, das war kein Erfolg, deswegen, ich glaub ich hab auch beim Abschlussgespräch so dem Arzt auch gesagt, das war vielleicht so wenn`s hochkommt 10 %...aber 10% ist fast nix

J: ja.

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 500 - 501

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

106: das die sich da so gekümmert haben, ne, das war auch alles in Ordnung, ne. Also wenn das nur jetzt noch ein bisschen was anderes gewesen wär`, ne, so erfolgreich, ne, nee, dann wär` ich wirklich zufrieden gewesen, ne.

Text: generell erfolglos w:1,m:6\Interview 106

Position: 504 - 504

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

106: aber was jetzt mit an den Arzt lag, oder an der an der Vorgeschichte, das da jetzt der Orthopäde das nicht so reingeschrieben hat, wie es eigentlich hätte sein müssen, dass weiß man alles nicht, vielleicht wär` es alles besser gewesen, ne. Ich kann s leider nicht sagen, ne, ne, weil ist ja so, ich weiß es nicht, aber die Wirbel die sind zwar alle angeschlagen bei mir, ne, sonst hätte ich das ja nicht, ne,

die sind ja alle so rund, ne. So alles abgerundet, ne.

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 107

Position: 102 - 102

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

die Reinigungskräfte waren teilweise sehr nachlässig. Also da wurde rübergewischt, aber nicht geputzt. Runde Ecken kennen ich nun selber, ich habe in dem Bereich gearbeitet, ich weiß auch das die teilweise blöde Vorgaben hatten, aber ich hatte dann den Eindruck, das die Dame sehr viel Zeit zum persönlichen Gespräch brauchte und dann ganz schnell den Rest erledigte. Und was mich gestört hatte, ich hatte dann meine Handtücher nach einer Woche auf den Fußboden getan, weil die wirklich gewechselt werden mussten. Ich hatte auch noch eigene Handtücher mit, war also nicht ganz verlegen und bekam dann in der letzten Woche nur drei Handtücher neu. Das Vierte wurde dann schon gar nicht mehr ersetzt und solche Geschichten. Das fand ich auch nicht so doll. Aber ich sage mal klipp und klar, es hat sicher auch damit zu tun gehabt, dass die alle mehr oder weniger die Kündigung im Kopf hatten.

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 107

Position: 33 - 36

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

I: Also können sie eigentlich so für sich nicht sagen, dass es irgendwas vor der Kur gab, was ihnen besonders gut getan hat oder was ihnen Linderung verschafft hat in Bezug auf ihre Beschwerden

B: Nein, also, da ich eben erst in der Kur erlebt habe, dass man meine Blockaden bearbeitet hat, die ich halt so erlebt habe, dass ich halt ganz starke neurologische Ausfälle in den Beinen wahrnehmen musste, ich nicht mehr in der Lage war, länger als eine halbe Stunde zu gehen, also ob mal ein Spaziergang ins Grüne oder auch ein Einkaufsbummel oder auch auf dem Weg zur Arbeit, weil die Schmerzen immer mehr zugenommen haben. Trotz starker Medikamenteneinnahme Tramal, Diclac und alles, die ganze Palette. Ich habe es aufgeschrieben, ich kann ihnen das gerne sonst auch auflisten

I: Das brauche ich nicht...

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 109

Position: 259 - 263

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

109: Auf pflegerischer Seite sparen sie Geld am falschen Ende

J: Ja

109: Das muss nicht sein, wir verdrecken bald, ganz Deutschland verdreckt bald, weil sie...

J: Ja?

109: weil sie sparen an Putzfrau, deswegen habe ich vielleicht so hart gekreuzt.

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 109

Position: 178 - 184

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Na, das ist ja schön, dann fühlt man sich auch gleich wohl....ist doch schön...und so im Nachhinein, was haben ihnen so die Behandlungen gebracht? So im Bezug auf ihre Schmerzen? Ist das während der Kur besser geworden?

109: Ja, drei Wochen bestimmt, aber nachher wieder die gleiche Arbeit, da war es wieder

J: Ja, also während sie in (Name des Ortes) waren, haben sie sich ganz gut gefühlt, und dann kamen sie nach Hause und dann war das, fing das wieder langsam an...

109: Ja

J: Also, man konnte das nicht so richtig aufrechterhalten dann

109: Ne...

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 109

Position: 234 - 237

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: ...oder 4 Wochen, fällt mir das ein bisschen leichter oder geht mir alles einfacher von der Hand?

109: Ja. Von Anfang an, ja, aber nachher wie gesagt, im März hatte ich OP, das war auch schwer, mit Schnitt und im Mai musste ich schon anfangen zu arbeiten...und das hat ganze Körper gezittert bei vier Stunden hatte ich erstmal, hatte ich Eingliederungszeit

J: ja.

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 139

Position: 96 - 99

Code: Rehaerwartungen\ Erwartungen\ Schmerzlinderung

J: Sie wussten was sie da erreichen wollen

139: Genau

J: Also, Schmerzlinderung, Muskelaufbau, und...

139: Genau

Text: generell erfolgreich w:2, m:4\Interview 139

Position: 103 - 103

Code: Rehaerwartungen\ Erwartungen\ Schmerzlinderung

139: Schmerzfrei zu sein, auf jeden Fall...schmerzfrei zu sein, absolut und natürlich eh, das umzusetzen im Alltag, wenn ich nicht schmerzfrei aus der Reha komme, das umzusetzen, was ich natürlich mitgenommen hab. Sprich, ich hab ja die Therapiepläne, beziehungsweise Übungen, das ist ein ganzer Katalog, wo ich das jeden Tag anwenden kann, das heißt, wenn es wieder kommen sollte, und ja, das einfach mitzumachen und damit alltäglich auch umzugehen, in Anführungsstrichen, wenn die Schmerzen wieder da sind, ne.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 28 - 28

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Ne. Während der Reha ist mir ein Brustwirbel eingeklemmt. Da war weder ne`n Physiotherapeut noch eine Ärztin, eine Oberärztin wohlgemerkt in der Lage

das rauszukriegen.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 32 - 32

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Ich wollte, wie gesagt, während der Reha hatte ich gebeten, dass man mir alle zwei Tage die Haare wäscht. Einmal die Woche wurde mir von den Ärzten zugesprochen. Wie großzügig! Einmal die Woche. Und auch nur, wenn die Schwestern irgendwie Zeit hatten. Einmal haben sie mir in drei Wochen die Haare gewaschen. Ich habe ne Mitpatientin gebeten, mir die Haare zu waschen.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 38 - 38

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

10: Chhh, kriege ihn hoch aber wenn ich ihn hochnehme, dann schießt es mir bis hier oben rein. Der hat, der Arzt, der Idiot dort, der mich da untersucht hat bei der Eingangsuntersuchung, der hat mir den Arm sonst wohin gerissen, ich habe gedacht, Alter mir f..., ich dreh durch.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 50 - 50

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Ja, ungelernt. Und dann nennt man das trotzdem Umschulung. Wusste ich aber vorher auch nicht. Wenn überhaupt würde mir der Rententräger jetzt noch eine zahlen können. So und nun kann ich dazu sagen, dass mir in Y. dazu gesagt wurde, und das trifft im Ganzen auch zu und die haben komplett recht. Was ich von X., na, ja gut, ist mir egal, na, ja, jedenfalls, die in Y. haben gesagt ich müsste irgendwo als Pförtnerin arbeiten. Weil alles andere könne ich nicht mehr, denn in X. ist nicht einer, nicht einer auf meine Arthrose in den Knien eingegangen. Nicht einer. Beide Knie sind operiert, da ist nicht ein Wort drüber verloren worden. Nicht einer. Und ich habe alle Berichte mit geschleppt.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 80 - 80

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Und die Medikamentengabe fand ich z. B. auch ganz furchtbar. Weil die Ärzte, die haben, die kriegen eine Liste von einem selber, was man für Medikamente kriegt und normalerweise werden die auch zur Verfügung gestellt. Das war schon nicht möglich, in Y. habe ich jedes Medikament gekriegt, was ich brauchte. Das habe ich in X. überhaupt nicht bekommen, da wurde dann gesagt, nee, das haben wir nicht. Wo ich dann gesagt habe, öh, Leute, merkt ihr noch was? Also ich habe z. B. auch eine Nesselsucht, wo keiner weiß woher die kommt. Ich weiß es nicht, und jemand anderes weiß es auch nicht und mein Hautarzt weiß es auch nicht und das ist ein Professor und der wird das ja wohl wissen, dass das nicht so ist. Das haben wir nicht das Medikament, das müssen sie sich schon selber kaufen. Sehr freundlich.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 108 - 108

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Nee, die hat man mir natürlich nicht angeboten, weil die Rückenschule, die habe ich ja schon in Y. gemacht. Ja und nö, nö. Dann war ich einmal bei einer Sozialtante da musste man sich lang und breit. Ich sagte dann zu der Ärztin, ich würde ganz hier ganz gerne sozialtechnisch was machen. Ja, dann melde ich sie mal an, ob das noch klappt, bis sie nach Hause fahren weiß ich auch nicht. Ich wurde, alle anderen, die da um mich rum waren, die wurden sofort gefragt, nach drei Tagen oder so, ob sie ne Verlängerung haben möchten. Ich nicht.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 128 - 128

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Wenn denn mal was fragen, wenn was weiß ich, ich sag mal jetzt, diese Duschmatten z.B. irgendwann nach drei Tagen werden die nicht mehr trocken. Das war so eine Geschichte, die fand ich dann auch ganz furchtbar, da musste man dann mal sagen, können sie mal eine neue hinlegen oder so.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 139 - 142

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

J: Und die Therapeuten waren aber ganz, das war ganz okay?

108: na, ja, ich sag mal so, ähm

J: war jetzt nicht

108: die waren nicht aufregend, die waren aber auch nicht anstrengend oder so. ich sag mal so, haben natürlich ihre Arbeit gemacht und das war's.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 170 - 170

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Ja, ich hatte immer das Gefühl, die denkt, ich spinne. Ich bilde mir das nur ein oder bzw. ich habe gar keine Schmerzen oder so. Und ich denke man ganz ehrlich, wenn sie so ein bisschen sensibel sind, dann wissen sie ganz genau, ob der Mensch ihnen glaubt oder nicht glaubt. Und dieser Mensch, also diese Ärztin hat mir nicht geglaubt.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 174 - 176

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Ja, es ging ja schon damit los, dass sie zu mir sagte, na, bei ihrer Medikamentenkombi, -konstellation, da kann man ihnen sowieso nichts geben. Ich mein, Hallo? Man kann sich doch ein bisschen damit auseinandersetzen. Und die Zeit hat sie sich nicht genommen oder wollte sie sich nicht nehmen. Also zumindest hatte ich immer den Eindruck. Auch als sich der Brustwirbel bei mir einklemmte, da hat die da auf meinem Rücken rumgedrückt und ja, das hat nicht geknackt, das hat nichts gemacht. Und ich weiß, dass wenn man das einrenkt, dass das Knacken muss. Das muss ich selber hören bzw. derjenige, der das macht, der hört das auch. Und nichts ist passiert. Damit hat die mich entlassen. Alles gut. Hallo?

J: Ja.

108: Völliges Desinteresse.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 177 - 178

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

J: Und die Krankenschwester, das hatten sie auch schon gesagt, die hatten einfach wenig Zeit.

108: Ja, also wie gesagt, Haare waschen, der Arzt hatte ja genehmigt, das ich einmal die Woche, die Haare von denen gewaschen kriegte, sie hatten nie Zeit. Einmal haben sie es gemacht in drei Wochen. Bin dann wie gesagt zu Mitpatienten gegangen, weil mir keine andere blieb, was soll ich denn machen?

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 220 - 220

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

108: Die Ärzte, die Ärzte sollten sich einfach mal klar machen, dass nicht jeder Patient, der sagt, er hat Schmerzen, dass er spinnt. Das finde ich ganz wichtig.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 112 - 112

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Ja, so ungefähr. Also, sie können es echt vergessen. Erreicht habe ich Null. Null

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 147 - 150

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Also kann man, kann man so sagen, dass in dieser Reha, konnten sie für sich eigentlich gar nichts so Positives

108: Genau...

J: Die Schmerzen sind nicht besser geworden, alle anderen Sachen, Kribbeln und

108: Das ist alles dasselbe

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 152 - 152

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Durch die Reha habe ich den Job verloren, ja. Das ist richtig. Weil die mich ja gezwungen habe, da hin zu gehen. Hätte ich die Reha abgelehnt, hätten die natürlich gesagt: Wat sie wollen die Reha nicht, na dann, sind sie auch nicht krank. Also musste ich da hin. Und deswegen hat meine Firma gesagt: Und Tschüß! Klasse, ne?

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 166 - 167

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Ja, und ansonsten haben die sich sehr geglichen die beiden Kliniken. Ja, haben sie sich geglichen, also meiner Meinung nach, die gehen nicht genug, ich weiß nicht, ob die Kohle nicht da ist, oder wie auch immer aber zumindest gehen nicht genug auf die einzelnen Patienten ein.

J: Das ist eher alles so ein bisschen oberflächlich.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 170 - 170

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Ja, ich hatte immer das Gefühl, die denkt, ich spinne. Ich bilde mir das nur ein oder bzw. ich habe gar keine Schmerzen oder so. Und ich denke man ganz ehrlich, wenn sie so ein bisschen sensibel sind, dann wissen sie ganz genau, ob der Mensch ihnen glaubt oder nicht glaubt. Und dieser Mensch, also diese Ärztin hat mir nicht geglaubt.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 182 - 182

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Ne, natürlich nicht, aber zufrieden stellend, das bezog sich darauf, ist es besser als vorher oder ist es weniger vorher oder überhaupt. Es ist immer noch dasselbe in Grün.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 200 - 200

Code: Outcome\Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Das ist der einzige Grund. Gebracht hat mir weder die erste noch die zweite Reha was. Gar nichts. Absolut nichts.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 108

Position: 202 - 202

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

108: Ach. Wenn sie überlegen, sie sind im Grunde genommen ist es nicht anderes wie ein Knast. Nun jetzt weiß ich, weil mein Mann da jetzt zufällig arbeitet, wissen sie, als ich zurückkam jetzt nach diesen drei Wochen. Und ich war hier bei uns im E.-Weg, das ist ein ganz normaler Weg, wo ein Penny- Markt ist, wo ein Budnikowski ist, da ist ein Gemüsehöcker, da ist ein Schuhhöcker und überhaupt, aber so, ich sage mal so eine ganz kleine Ladenpassage, das war mir zuviel. Weil ich es nicht gewohnt war, nach drei Wochen. Das fand ich furchtbar anstrengend.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 106

Position: 5 - 5

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

106: Ja, drei Wochen, ne, ja, also, ne, ich bin mit Rückenschmerzen hin und bin mit Rückenschmerzen wieder zurückgekommen...[lacht]

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 119 - 124

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

116: War, man hat ja immer verschiedene eh Therapeuten gehabt, und jeder hat was anderes gemacht.

J: Ach, so

116: Welche waren albern und kindisch und welche waren so

J: Haben richtig was gemacht

116: Ja, die haben das denn so veralbert alles, das fand ich denn nicht so gut.

Aber halt, ist nicht jeder gleich, der eine meint, er muss irgendwie witzig sein,
....was er einfach nicht ist
J: solche gibt es ja überall...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 130 - 131

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

J: ok. Und wie waren das so die Therapeuten und das Pflegepersonal? ...Und Ärzte und so?

116: ja, die Ärzte waren wie gesagt, da war so einer bei, der gefiel mir gar nicht, der Orthopäde, der mich da mit meinem Knie untersucht hat, aber sonst die Orthopädin, die da war, die war ganz in Ordnung

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 223 - 223

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

116: Ne, da hätten sie ja auch mal sagen können, wir schicken sie mal zum Röntgen, oder so. andererseits sagt der Arzt zu mir, sie müssten ja eigentlich an Krücken gehen, oder irgendsolche Sprüche, aber mein Trainingsplan habe ich ja trotzdem gemacht. Da machen sie mal langsam, oder kühlen sie einfach mal ihr Bein...ja, denn brauche ich da nicht sein, also habe ich alles mitgemacht, mit dem dicken Knie. Das hat mir nicht so gut gefallen...eh...wie gesagt und teilweise waren ja auch Zeiten, wo jetzt...am Wochenende hat man ja auch keine Anwendungen gehabt, das finde ich denn auch nicht ganz so toll

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 106 - 107

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Und war das im Alltag umsetzbar, oder war das jetzt schwierig auch, dass ihr Knie nicht so richtig in Ordnung war

116: Das hat mich natürlich gehandycapped da, sonst hätt` ich noch so n bisschen mehr Sport machen können, mehr Power geben können

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 194 - 194

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

116: Wie gesagt, ich bin immer noch wegen mein scheiß Knie, vielleicht, wenn das nicht gewesen wäre, das ich mich hätte auch anders bewegen könnte, ne. So hier, das ist noch `n bisschen, was da noch so ein bisschen mit reingespielt hat...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 116

Position: 220 - 222

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: gab es da irgendeinen Grund für, das es nur mittel war? Also war da irgendwas? Weil jetzt hatte ich so das Gefühl, es war alles ganz gut eigentlich.

116: ja, war alles schön, ein paar Sachen, wie gesagt, weil ich das mit dem Knie gehabt habe, da hab ich mich nicht ...

J: ja, da sind die nicht so drauf eingegangen

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 120 - 122

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

138: Die hatten a) kein Verständnis, das ich eine Chlorwasserallergie hatte, überhaupt nicht, ich sollte ja doch darein, ich krieg auch ne Kortisonsalbe

J: Für später

138: Für danach, ja... so,.. das war die Antwort des Chefarztes. Das hätte ich dann aber noch bezahlen müssen, da hätte ich dann also noch ins Dorf fahren müssen, zum Hautarzt und die mir verschreiben lassen müssen, ne,...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 166 - 166

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

138: Also ich wär` glaube ich, wär` ich in der Psychoklinik gewesen wäre, wär` ich glaub ich schon früher raus gegangen, hätte mir einen Anwalt genommen und den verklagt. Ne, also, da wär` ich glaube ich auf die Barrikaden gegangen...Vor allem, wenn ich so die Schwestern auf der Psychoebene gesehen habe, was die so mit den Patienten gemacht haben, wie die mit den Patienten umgesprungen sind, also wir uns das erlauben im Kinderkrankenhaus mit den Patienten so umzugehen, dann können wir unsere Papiere holen und gehen...Also wenn gerade Menschen mit psychologischen Problemen kommen und die werden denn auch noch....das bringt ja nun gar nichts.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 207 - 210

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

138: Und dann hab ich ja schnell, als ich Krankenpfleger erwähnt hab, dann gingen schon die Augen von der Schwester und von der Ärztin, da war schon alles, die Reha war da schon beendet, im Geiste, gleich am ersten Tag...[lacht] ...und Gesundheitsökonom mit Fachbereich Medizinrecht, das mögen Ärzte glaube ich nicht so gerne...

J: Wenn sie nichts zu verbergen haben...warum?

Und die Ärzte die waren auch nicht so kooperativ?

138: Ne, ich hatte ja auch während der Rehamaßnahme ne Wasserallergie gegen das hauseigene Wasser. Die haben Brunnenwasser gehabt, die hatten ihre eigene Quelle, die hatten überall so schöne, nette, kleine Pusteln am ganzen Körper und daraufhin habe ich ja Zosal bekommen von der Klinik, so`n Antiallergika, so Breitband. Ja, eigentlich wollte ich die Reha nach anderthalb Wochen, nach Weihnachten, zwischen Weihnachten und Neujahr wollte ich die abbrechen, weil, ich hatte ne Haut, ich kam mir vor wie Neurodermitisfall. Ich war zwar nicht rot, aber die Haut war so gespannt, da habe ich denn gesagt, also wenn ich jetzt noch ins Chlorwasser gesprungen wäre, wär` ich glaube ich aufgeplatzt. Also, da hatten die kein Verständnis für. Ja, dann müssen sie halt sich nicht waschen, dann müssen sie auch nicht duschen...ja...irgendwie so, das war alles sehr kompliziert...ja...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 173 - 177

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

138: Das kommt ja wegen der Chlorwasserallergie, da konnte ich die ganzen Bewegungsbäder nicht machen, die ganzen

J: Genau, aber so die Kontinuität war da vorhanden? Oder

138: Ne, das war teilweise ohne Sinn und Verstand

J: Also mal das, mal das

138: Ja, ich hatte Massagen,...und einen Tag später hatte ich dann

Fangopackungen und einen Tag später hatte ich dann wieder Massage, also... ich kenn das ja, in der Praxis macht man das ja eigentlich, Fangopackung, das macht man mittlerweile, gut, es war noch nicht mal, Wärmekissen, es war noch nicht mal diese...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 220 - 220

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

138: Also ich bin nicht der einzige, der glaube ich das Kreuz, also da gab's ja so'n Fragebogen am Ende der Reha, würden sie in dieses Haus noch mal kommen, da haben glaube ich sehr viele mit „nein“ angekreuzt...und ich habe auch die Begründung runter geschrieben, also normalerweise sollte man dieses Etablissement schließen...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 230 - 230

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

138: Also an der Reha hat mir gar nichts gefallen [lacht]...Ja

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 252 - 254

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

138: Das war mein erster, ja. Das wird auch mein letzter sein, dass hab ich auch gleich geschrieben an der Reha, die brauchen damit bei mir nicht mehr kommen, ich möchte in keiner ihrer Etablissements mehr rein, ne[lacht]...weil da habe ich wirklich so n Satz geschrieben in dem Brief, so verarscht und eh missbraucht, habe ich mich noch nie gefühlt... misshandelt

J: Ja, also wenn ich das jetzt richtig verstanden hab, waren sie als erstes schon mal in der falschen Klinik

138: Ja, überhaupt, für die Zielsetzung jetzt, also, jetzt auch primär was zu tun für die Rumpfmuskulatur, Aufbau oder Abbau des Körpergewichts unter Beachtung des Hypertonus, war ich in der falschen Klinik, ja. Es war zwar alles im Fachbereich damit drinne, aber Diät heißt ja auch Sport, oder Fitness, oder irgendwas kompensieren, dass man zum Beispiel Ausdauertraining für Herz-Kreislauf macht, aber nen Hometrainer, nur so'n Fahrrad, ne, wo sie dann noch alles selber bemessen müssen, wenn ich das alles noch selber machen muss, während des ganzen Fahrens, mein Puls bestimmen, selber, mit, ne, das ist ja, da haben sie schon keine Lust mehr, das demotiviert ja. Und es gibt ja nun Geräte moderner Natur, ich bin hier im Rehafitnessstudio, das ist Ohrklip, fertig, Sauerstoff...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 138

Position: 276 - 276

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

138: Also der Zustand, der primäre Zustand hat sich nicht verändert, der ist unverändert. Die Protrusion ist jetzt nicht plötzlich zurückgegangen und der Nerv liegt jetzt wieder frei.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview136

Position: 121 - 121

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

136: Konnte man was sagen, ja, wobei, die Visite, ja, das fand ich ein bisschen daneben, so aufm Zimmer und dann hat man Zeug an und dann ja, bücken sie sich mal und dann kam sie mit dem Zentimetermaß und denn hat sie gemessen, so über Zeug drüber weg, wie weit man sich runter bewegen kann, also das war nicht so....

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview136

Position: 83 - 83

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

136: Also nicht ganz. Also, wir haben da sehr viel Sport gemacht, das bekam mir auch sehr gut, aber eben, das was mir hätte geholfen, dass hab ich eben nicht bekommen. Weil das eben von dieser Reha Bau nicht vorgesehen war. Und zwar diese Einzeltherapie von Dehnübungen... also das hab ich da so n bisschen vermisst. Das hab ich zwar da auch angesprochen, aber dann hab ich die Aussage bekommen, dass es eben nicht vorgesehen ist. Die haben praktisch nur Gruppentherapie bekommen.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview136

Position: 184 - 194

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Ja, ja. Und wenn man das so im Nachhinein betrachtet, was haben ihnen die Kurse gebracht, haben sich ihre Schmerzen verbessert, in der Zeit auch, oder wie lange hat das angehalten so ungefähr?

136: Puh, ja, ...äh,...es gab, an sich waren das viele Sachen, die ich an sich kannte...das was wir da so gemacht haben, so an den Übungen.

J: Kannten sie jetzt schon vom Fitness? Oder von ihrer Krankengymnastik vorher.

136: Ja, genau... es war für mich vielleicht nur, dass ich jeden Tag Sport gemacht hab.

J: mmh. Und haben sie da gedacht in den drei Wochen, dass das besser wird?

136: Hatte ich gehofft....

J: Aber, ist das eingetreten?

136: Das war, nein, nein, es ist nicht eingetreten. Es war vielleicht vom Sport her, bisschen besser schon, man wurde beweglicher.

J: Aber das hat nicht lange angehalten, dann...

136: Nein.

J: Also sie konnten nicht von Januar bis jetzt da nichts mitnehmen.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 112 - 119

Code: Rehaerwartungen\ Erwartungen\ Schmerzlinderung

J: Mmmm, und was hatten sie so für Erwartungen für sich? Vor der Reha? Wie haben sie sich das da so vorgestellt?

129: Ja, ich hatte ja nun schon zwei mitgemacht,

J: Ja, das war ja was anderes oder?

129: Ja, aber theoretisch, Gymnastik und so was haben sie ja auch gemacht...

J: Mmh, also wussten sie schon, wie das da so...

129: Ja, ungefähr, ja.

J: Mmh, eh, und was wollten sie für sich erreichen? Hatten sie so Ziele für sich?

129: ja, logisch, dass meine Schmerzen vielleicht, das ich irgendwie anders bewegen kann, das meine Schmerzen vielleicht ein bisschen mehr weggehen oder so und auch ein bisschen mehr Bewegung krieg oder so was...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 318 - 321

Code: Outcome\ Bezug zum Fragebogen\ Art der Diskrepanz\ Reha gut beurteilt, aber keine Besserung

J: Und dann ist mir aufgefallen, dass sie ja eigentlich keine Veränderung erlebt haben, aber trotzdem die Reha, die hat ihnen ja gefallen, also sie haben das ja von 1 bis 10 mit 8 angegeben, dass ist ja ziemlich weit oben.

129: Ja. Ja. Ja, das war auch gut, ja.

J: Wie kam das? Also?

129: Weil die mich eigentlich, weil die mich da gut betreut, kann ja auch viel mitmachen, die meisten jedenfalls...pfff, ich fühlte mich eigentlich gut aufgehoben, ich hatte eigentlich nichts zu meckern gehabt, da...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 225 - 230

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Ok und eh, wenn man so im Nachhinein guckt, was haben ihnen die Behandlungen so gebracht, also...so die Krankengymnastik und

129: Ja, die ha`m neue Teile da, wie ich Rückengymnastik machen kann, nur....Endeffekt hab ich danach noch Probleme, ne....

J: Ja.

129: Und turnen und so, wenn ich jetzt einmal hoch, ich komm nur bis hier halt hoch, da hab ich nur unter Schmerzen, weil die sagen ich soll nur soweit bis die Schmerzen anfangen, also konnte ich ja teilweise gar nichts mitmachen....

J: Ja, mmh

129: So meinetwegen so am Boden liegen und so was, so anderes konnte ich alles machen.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 231 - 246

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Ja. Aber sie haben jetzt nicht das Gefühl, das sie diese Übungen gemacht haben, und danach haben sie sich besser gefühlt?

129: Nein, eigentlich nicht, glaub ich nicht, ne.

J: Und eh, jetzt ist es ja so, dass sich die Schmerzen nicht verändert haben bei ihnen.

129: Nein.

J: Und in diesen 4 Wochen in (Ort der Klinik), hatten sie denn da mal das Gefühl...

129: Ja, da hatte ich das Gefühl, das es besser wurde...

J: Aber es hat dann nicht angehalten?

129: Nein, nein.

J: Und wie lange hatten sie das Gefühl, das es besser wurde? Bis sie wieder hier zu Hause waren oder hat das denn noch eins, zwei Wochen...

129: Das hat noch ein, zwei Wochen angehalten, ja...

J: Aber dann sind sie...

129: Ja, ich hab ja auch nicht so viel geredet wie sie da, vielleicht hätte ich das mal weitermachen müssen.

J: Mehr reden?!?

129: Äh, Geräte

J: Ach, so Geräte, ja, also sie konnten auch für sich jetzt nichts mitnehmen, dass sie jetzt gedacht haben,...

129: Doch schon, ne, manche Dinger also die man auch ohne jemanden machen könnte hab ich auch mitgenommen und mach ich auch ab und zu mal.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 253 - 258

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Ach, so, ja, mmh....ehm, und die anderen körperlichen Beschwerden, also die Rückenschmerzen- haben sich jetzt nicht verändert- aber das Taubheitsgefühl und Kribbeln...

129: Hab ich immer.

J: Muskelschmerzen?

129: Hab ich immer noch.

J: Ist auch gleich geblieben?

129: Ja, ja..

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Gewicht: 100

Position: 297 - 302

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Es ist alles unverändert?

129: Ja. Ja, so ungefähr, ja.

J: Und haben sie dafür auch eine Erklärung? Also ist es eher, dass sie sagen, ok, da waren vielleicht nicht die richtigen Übungen für mich dabei, oder ich konnte das schlecht...

129: Ne, die Übungen fand ich ganz gut, fand ich auf jeden Fall ganz gut.

J: Ja.

129: Und ...ich weiß nicht, vielleicht ist das bei mir schon altersbedingt...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Position: 304 - 305

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: ne, so leicht darf man nicht aufgeben oder lag das denn daran, dass es da, das sie da ja denn betreut waren und unter Anleitung...dass ihnen das jetzt auch zu Hause fehlt, dass sie ehm, hier die Übungen nicht mehr in dieser Regelmäßigkeit machen

129: ja, ist gut möglich, ja

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 129

Gewicht: 100

Position: 346 - 346

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

129: ich glaube, ein Rehaerfolg gibt das glaub ich gar nicht. Ich glaub das gibt's nicht. Ich kann nicht sagen, ich komm mit Rückenschmerzen hin und geh ohne wieder, das gibt's nicht. Genau wie mit n Nerven, das geht auch nicht...

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 143

Position: 166 - 173

Code: Outcome\ Bezug zum Fragebogen\ Art der Diskrepanz\ Reha gut beurteilt, aber keine Besserung

J: Also, können sie gar nicht sagen, ob es gut war oder schlecht, für sie war es schlecht, weil es ihnen nicht geholfen hat?

143: Nein, ich kann nicht sagen, ist schlecht, schlecht war nicht, aber mich hat nicht geholfen, die anderen Leute waren...

J: Zufrieden.

143: Zufrieden und nur besser....aber...

J: Also wenn sie jetzt sagen sollten, wie die Reha war, zwischen 0 und 10, was würden sie dann...

143: Phh, für mich? Ganz alleine für mich...Phh, kann sein,...ja, von der Personal, und von der Ärzte ich kann sagen ist 10

J: Und die Unterkunft und das Essen und...

143: Alles war perfekt, aber...Ich hab alles gemacht, alles versucht, aber hat nichts für mir hat nichts ...Geholfen, kann ich nicht sagen, die anderen, aber für mich war alles gut, aber hat nichts gebracht,...das stimmt.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 143

Position: 129 - 132

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J:...Missempfindungen also das Kribbeln und diese Taubheitsgefühle, dass das nichts gebracht hat?

143: Ja....

J: Und ehm, ist der Alltag nach der Reha genauso wie vorher?

143: Stimmt.

Text: generell erfolglos w:1,m:7\Interview 143

Position: 158 - 166

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Ja...und ehm, wie würden sie jetzt die Reha beurteilen? Also sie haben das, war das jetzt ganz schlecht, oder ganz gut?

143: Nein, kann ich nicht sagen, schlecht, aber hat nicht mich, ich hatte keine Hilfe, ich hab keine Besserung von da...gesehen, das der einzige wo war, ich hab das gesagt, meine Beine ich bin zufrieden, aber mit Rest, so hat geblieben, hat nichts gebracht,....

J: Mmh.

143: Für mich war umsonst so, ja, haben wir gelernt, diese...eh,...Spannungstherapie, ich denke manchmal, ich mach das eh, alleine, entspannen, und ja,ich war nur, ich war auch in Schmerzklinik (Ort der Klinik), da haben auch das selbe gemacht, wie in Reha, Gruppe,Entspannungstherapie und das hat nichts gebracht, so wie Reha

J: Und das hat ihnen auch nicht geholfen?

143: Nein. Ich war für Kopfschmerzen da...

J: Mmh.

143: Mehr nicht.

Text: generell erfolglos w1:,m:7\Interview 143

Position: 166 - 170

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Also, können sie gar nicht sagen, ob es gut war oder schlecht, für sie war es schlecht, weil es ihnen nicht geholfen hat?

143: Nein, ich kann nicht sagen, ist schlecht, schlecht war nicht, aber mich hat nicht geholfen, die anderen Leute waren

J: Zufrieden.

143: Zufrieden und nur besser....aber...

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 38 - 40

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

110: Bei der Kur hat ich das Gefühl, äh, die sprachen mich zwei, dreimal drauf an, äh, das ich aus eigenen Stücken zur Kur wollte. Ich wusste nicht, worauf das hinauslaufen soll. Also nicht, dass ich jetzt todkrank bin und zur Kur muss, sondern dass ich auf Eigeninitiative die Kur beantragt hab. Ich hatte so das Gefühl, als ob das was schlechtes sein soll. Ich weiß es nicht

J: Na, ja, ich weiß auch nicht, man ist ja nicht im Urlaub.

110: Das Gefühl hatten die einem so vermittelt

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 83 - 87

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

110: Visite hatte ich eher auch das Gefühl, dass man wie überall auch sonst im Krankenhaus durch die Zimmer schießt,...und ich hatte ja schon gesagt am Telefon, die Stationsärztin, vielleicht hab ich da Pech gehabt, ist zu meinem Zeitpunkt anscheinend überfordert gewesen. Sie musste andere Station einspringen, Kollege war Krank. Und eh, deshalb passte mir das ja gar nicht. Und zwar, als ich ankam, haben wir ein EKG durchgeführt. Wir haben festgestellt, mein Puls ist viel zu niedrig. Daraufhin haben wir ein Langzeit- EKG gemacht und ein Belastungs- EKG. So. Und dieses Langzeit- EKG der,.....haben wir gemacht und die Auswertung hat dann die Stationsärztin bekommen, aber... ich hab das eine Woche bevor ich fuhr, hab ich das EKG gemacht und am letzten Tag, als wir unser Abschlussgespräch hatten, eh, da hab ich denn gefragt, was denn nun mit

meinem Belastungs- EKG ist. Das hatte sie noch gar nicht angeguckt. Ich musste jetzt ein Stockwerk höher, wie sie ja das Vertretung machte, sagt sie, gehen wir anschließend runter, sie guckt sich das an. Und denn wir mit der Abschlussvisite fertig und denn wollte sie sich verabschieden, ich sag, nein, nein, so nicht, ich sag, wir wollten noch auf das Belastungs- EKG gucken. Gut, hatte sie wieder vergessen. Sind wir runter gegangen und dann holte sie so einen Stapel Unterlagen aus dem Stationszimmer. Ich gehe davon aus, sie hat eine Woche ihren Korb überhaupt nicht geleert. Dann hatte sie mein Belastungs- EKG gefunden und fragte mich noch, was ich sonst so mache und hier war noch der Zettel von der Psychologin. Also, sie hatte bestimmt eine Woche lang den Korb da nicht geleert. Und deshalb kam ich denn da zu dem Schluss, also irgendwie muss die Frau wirklich stark überlastet gewesen sein. Also,

J: Aber es war dann im Endeffekt alles in Ordnung? Mit dem-

110: Ja, es war in Ordnung, aber wie gesagt, ...

J: Sie haben sich dann nicht so gut betreut gefühlt, wenn-

110: Ja, im Grunde ja. Obwohl die Stationsschwester waren sehr nett und man konnte jeder Zeit auch zur Stationsschwester gehen. Ja.

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 53 - 53

Code: Rehaerwartungen\ Erwartungen\ Schmerzlinderung

110: Die Erwartung war, erstens, nicht das die also Wunder vollbringen und meine Rückenschmerzen sind weg für immer, sondern, dass ich eine Linderung bekomme. Das es nicht mehr ganz so weh tut und wie gesagt, in Bezug auf das taube Gefühl in den Fußsohlen, hat ich gedacht, dass da auch was passiert.

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 30 - 31

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

110: Ja, dann war ich beim Arzt und ich hatte dann ja gedacht, wenn ich mich zur Reha anmelde, dass ich da was erziele. Jetzt ist ja ein Zeitraum verstrichen seit Januar und jetzt muss ich sagen, ich hab weiterhin diese Rückenschmerzen. Das hat insofern nichts gebracht.

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 115 - 116

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

110: Aber da ist man auch gar nicht weiter drauf eingegangen....Vielleicht wollte man im Zusammenhang, wenn ich in der Turnhalle da bin, und im Schwimmbecken, und Übungen mach, natürlich in der Muckibude, ja, dass das vielleicht alles damit zusammenhängt, ok, aber ...

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 164 - 166

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Und die Schmerzen haben sich ja aber nicht verändert, haben sie dafür eine Erklärung?

110: Keine Erklärung.

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 110

Position: 167 - 168

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

110: Ja, ich sag ja am Anfang, es wurde besser und da hatte ich auch ein gutes Gefühl, so und denn bin ich nach Haus gefahren und einmal die Woche eben ins Rehazentrum und jetzt sind die Schmerzen doch wieder da, obwohl ich doch ins Rehazentrum geh...

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 117

Position: 143 - 145

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

J: Hm. Und so das Pflegepersonal und die Ärzte?

117: Huh, die Pflege bisschen nicht ganz sauber, wenig Personal, ne. Und eine Frau muss viel gemacht werden

J: Ja.

Text: Schmerzreduzierte w:1,m:1\Interview 117

Position: 205 - 215

Code: Outcome\ Bezug zum Fragebogen\ Art der Diskrepanz\ Reha gut beurteilt, aber keine Besserung

J: Mmh. Sie haben aber ansonsten diese Reha-Maßnahme als sehr gut beurteilt, also sie haben ja in dem Fragebogen angegeben, dass sie ihnen das, dass sie das sehr gut fanden. Aber trotz dem es ihnen eigentlich

117: Sehr gut, ich meine mit Personal, mit Schwester, mit Ärzten, solche Sachen, mit Essen, war sehr gut. Genau wie 5 Sterne Hotel, aber die Schmerzen ist nicht geholfen.

[Lachen]

J: Ja, gut. Ziel verfehlt!

117: Ja, ich weiß nicht.

J: Aber sie haben auch keine Erklärung, woran das liegen könnte.

117: Ne. Ne. Ich meine, ich war zufrieden, war sehr glücklich, war sehr gut. Aber meine Schmerzen sind nicht weg.

J: Aber das sie das so positiv bewerten, hat das auch was damit zu tun, haben sie ja schon gesagt, mal so ein bisschen raus zu sein, und weg von zu Hause, weg vom Alltag, dass alles gemacht wird.

117: Ja, ja natürlich. Ja. Hat sehr gut getan.

J: Ja. Mal nur für sich da zu sein, ohne dass sie sich um irgendetwas kümmern mussten.

117: Dafür bin ich hingegangen.

Text: basal erfolgreich w:1,m:1\Interview 105

Position: 162 - 167

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

105: Auf jeden Fall, eh, was konnte noch besser sein, eh, in der Zeit, war ich drei Wochen da, eh, hatte ich nur zwei Gespräche, beziehungsweise, erste Tag mit Orthopäden, Frau Dr. (Name der Ärztin), glaub ich und letzte Tag, oder vorletzte Tag bei Entlassung. Eh, zwischendurch, wenn man jetzt was Probleme hat, oder Schmerzen hat, dann müssen wir zu Krankenschwester da, Termin beantragen, das hab ich auch getan, aber den bekommen sie nie, weil das ist so viel, weiß ich nicht warum, so

J: Also, die Ärzte dort hatten eher wenig Zeit? Für die Patienten?

105: Ganz wenig.

J: Oder gar keine...eigentlich...

105: Ja.

Text: psychisch im Alltag reduziert w:0,m:2\Interview 119

Position: 145 - 145

Code: In der Reha\ negatives an der Reha\ Personal

119: Arzt hab ich überhaupt nicht gesehen...zu Anfang, wie ich hingekommen bin und zum Entlassungstag....und die Termine wo der Arzt da, wo ich hinsollte, jedes Mal warn se in Urlaub, da war nirgendwo einer zu erreichen

Text: psychisch im Alltag reduziert w:0,m:2\Interview 119

Position: 175 - 178

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Schön. Und so im Nachhinein, wie haben ihnen die Anwendungen geholfen, also so jetzt erstmal im Bezug auf die Schmerzen?

119: Dafür war datt zu kurz...Das war n ja nur zwei Wochen, wo ich Anwendungen gekriegt hab...

J: Ja.

119: Eine Woche viel ja ganz und gar weg.

Text: psychisch im Alltag reduziert w:0,m:2\Interview 119

Position: 188 - 199

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Und haben sich die Schmerzen, sind die dann ein bisschen runter gegangen?

119: Da ging das, immer danach.

J: Aber es hat sich dann nicht gehalten?

119: Ne, ne,

J: Gut...und sie hatten ja noch weitere körperliche Beschwerden, also dieses Kribbeln und das Schwächegefühl...

119: Inne Füße, ja. Das hab ich heute auch noch, das Kribbeln.

J: Das ist auch überhaupt nicht besser geworden?

119: Nö.

J: Und auch während der Reha nicht?

[119 schüttelt den Kopf]

J: Hm. Und wenn sie jetzt ihren Alltag betrachten, ist das im Vergleich vor der Reha, hat sich das verbessert, oder ist das genauso wie davor?

119: Ich find das ist gleich geblieben.....also

Text: psychisch im Alltag reduziert w:0,m:2\Interview 119

Position: 202 - 217

Code: Outcome\ Gründe für negative Gesamtbewertung der Reha

J: Also es hat sich so auf unterem Niveau eingependelt? Ok. Habe ich richtig verstanden, oder?

119: Ja, doch.

J: OK.

119: Deswegen will mein Chef mich ja auch loswerden...

J: Hm. Weil sie nicht mehr die Leistung bringen können wie früher?

119: Auf den Arztbericht... Auf den Arztbericht hin.

J: Ach so?

Frau: Die Kündigung ist jetzt schon da.

J: Weil sie nicht mehr voll arbeitsfähig sind? Und das haben die Ärzte da festgestellt, dass ihr Rücken so kaputt ist?

119: Mmh. Soll nicht mehr auf dem Bau arbeiten....Deswegen...

J: Das kann man immer gut sagen, ja, sie arbeiten jetzt nicht mehr auf m Bau

Frau: Ja, was soll man dann noch machen?

119: Ich soll mir n Posten als Hausmeister suchen drei Stunden am Tag...

J: Ja, und hier den Rasen mähen, hier unten, oder...

Frau: Mmh, so in etwa...

119: Das soll ich auch nicht machen...

8. DANKSAGUNG

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe für die Möglichkeit der Promotion in seinem Institut und die Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Dr. Thorsten Meyer für die herzliche, geduldige, erfahrene Unterstützung, seine Zeit, Motivation und Hilfestellungen auch in schwierigen Studienphasen. Seine Anregungen und kritischen Hinweise zum Inhalt und zur methodischen Vorgehensweise haben mich immer wieder ermutigt und mir neue Sichtweisen auf das Thema ermöglicht.

Den Mitarbeitern aus dem Institut für Sozialmedizin, danke ich für die vielen hilfreichen Tipps und aufmunternden Worte. Frau Nadine Pohontsch und Frau Ruth Deck gilt mein besonderer Dank für die Hilfestellung beim formalen sowie sprachlichen Feinschliff dieser Dissertation, durch ihre kritische Durchsicht und ihren wissenschaftlichen Beistand. Herrn Sebastian Bellin möchte ich für seine allseits schnelle und geduldige Hilfe bei „Computerproblemen“ danken.

Allen Studienteilnehmern sei an dieser Stelle für ihre Teilnahme an der Studie gedankt. Durch ihre Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens und das Einverständnis für das geführte Interview haben sie diese Arbeit erst möglich gemacht.

Für den familiäre Beistand meiner Großeltern, Elfriede und Heinz Brand, und meiner Patentante, Elenore Brand, bin ich sehr dankbar.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Schwester, Sarah Ulrike Wäntig, die mich unermüdlich auf ihre besondere Art und Weise immer wieder zu dieser Arbeit angetrieben hat und nie aufgehört hat an mich zu glauben.

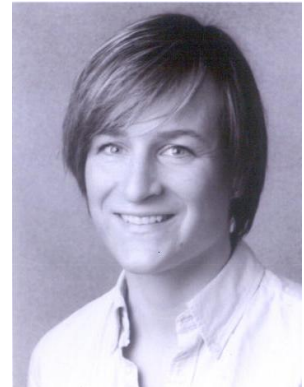
Nicht zu letzt möchte ich all meinen lieben Freunden danken, die mich auch in schwierigen Phasen motiviert haben, Lena Ruwe für ihre einzigartig klare Sicht der Dinge; Anja und Christian Voss für das allzeit offene Ohr und die entspannenden Unternehmungen; Kristin Held für ihr ausgleichendes Wesen; Leonard Walle und Christoph Wolkewitz für ihre hilfreichen Hinweise und die vielen ermunternden

Runden am Kanal; Berit Christiansen für ihren Beistand; Ann- Christin Nörenberg für ihre Motivation; Alexandra Scheel für ihre Selbstverständlichkeit keine Zweifel aufkommen zu lassen; Sören Heitmann für sein in allen Lebenslagen abwechslungsreiches Rahmenprogramm während des Schreibprozesses; Lena Blumhoff für ihre geduldigen Korrekturen und Anregungen; Sina- Vanessa Lang für die hilfsbereite Nachbarschaft und Sarah Hennings für ihre Aufmunterungen. Sie alle haben, jeder auf seine Weise, nie an mir und der Fertigstellung meiner Dissertation gezweifelt und mich dadurch auf meinem Weg unterstützt und bestärkt.

9. LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name: Wäntig
Vorname: Judith Kristin Leonie
Geburtstag: 03.11.1975
Geburtsort: Lübeck
Wohnort: Rosenstraße 8
23552 Lübeck



Schulbildung

1985- 1992 Thomas-Mann-Gymnasium, Lübeck
1992- 1993 Liberty-Bell-High-School,
Twisp, Washington, USA
1998- 1999 Dorothea- Schlözer- Fachgymnasium, Lübeck
1999- 2001 Georg-Christoph-Lichtenberg-Gesamtschule, Göttingen
20.06.2001 Abitur an der Georg-Christoph-Lichtenberg-Gesamtschule

Ausbildung

1993- 1995 Die Schule für Physiotherapie, Malente, Staatsexamen zur
Physiotherapeutin
1995- 1996 Anerkennungsjahr im Kreiskrankenhaus Oldenburg/Holstein

berufliche Tätigkeit

1996- 1998	Praxis für Physiotherapie Lutz Meissner, Fulda
1997- 1998	Sportphysiotherapeutische Betreuung der Fußballmannschaft im Sportverein Fulda-Horas
1997- 1998	Leitung der Gymnastikgruppe der Rheumaliga Fulda

Studium

10/2001- 03/2002	Studium der Humanmedizin, Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg
03/2002- 11/2008	Studium der Humanmedizin, Universität zu Lübeck, Staatsexamen
15.12.2008	Approbation als Ärztin

Praktisches Jahr

08/2007- 12/2007	Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie, Sana- Kliniken Lübeck GmbH-Krankenhaus Süd
08/2007- 03/2008	Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Schleswig- Holstein Campus Lübeck
04/2008- 07/2008	Abteilung für Innere Medizin, Sana-Kliniken Lübeck GmbH- Krankenhaus Süd

Dissertation

seit 04/2007 Erfolg der stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen aus Sicht der Rehabilitanten- Kontextualisierung der Selbsteinschätzungen im „Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation- somatischer Bereich“ aus der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung mithilfe qualitativer Interviews.

Praktische Tätigkeiten

05/1998- 10/2004 Praxisvertretung, Praxis für Physiotherapie, Eva Frauenkron, Lübeck-Krummesse

03/2002- 06/2007 Extrawache auf der Hämatologisch-/Onkologischen Station der Sana-Kliniken Lübeck GmbH

06/2005- 03/2008 AML-Studienbetreuung, Hämatologisch- Onkologische Tagesklinik der Sana-Kliniken Lübeck GmbH

seit 03/2008 Krankenpflegeschule Sana-Kliniken Lübeck GmbH, Lehrtätigkeit in den Bereichen Anatomie/Physiologie und Krankheitslehre (Chirurgie, Gynäkologie, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde)

Weiterbildung in der Physiotherapie

Manuelle Therapie
Medizinisches Aufbautraining
Sportphysiotherapie

Lübeck, den 2. Juni 2009