

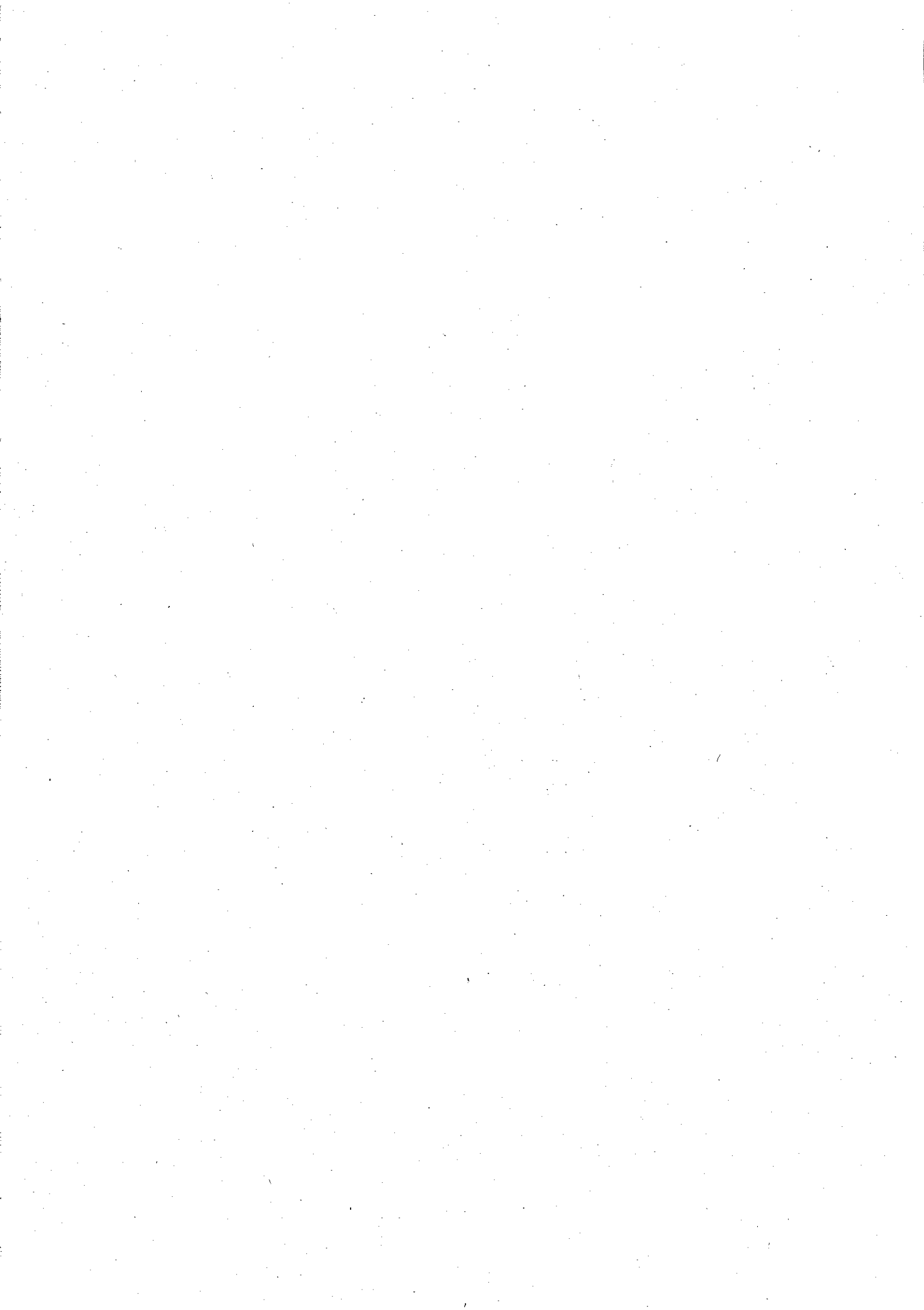
**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung
in Schleswig-Holstein e.V.**

**Entwicklung und erste Erprobung
eines Nachsorgeplans
für Patientinnen und Patienten
mit chronischen Rückenschmerzen**

**Ruth Deck, Angelika Hüppe, Andreas C. Arlt,
Marianne Schauer**

Abschlußbericht

Januar 2007



Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Schleswig-Holstein e.V.

**Entwicklung und erste Erprobung
eines Nachsorgeplans
für Patientinnen und Patienten
mit chronischen Rückenschmerzen
(Projekt NASO, vffr-Projektnummer 82)**

Dr. Ruth Deck¹, Dr. Angelika Hüppe¹, Dr. Andreas C. Arit², Fr. Marianne Schauer³

¹ Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck

² Rheumaklinik Bad Bramstedt

³ Betriebsärztlicher Dienst der Hansestadt Lübeck, Bereich Arbeitsschutz

Abschlussbericht

Januar 2007

Korrespondenzadresse:

Dr. Ruth Deck
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Sozialmedizin
Beckergrube 43-47
2352 Lübeck

Tel.: 0451-799-2513

E-Mail: ruth.deck@sozmed.uni-luebeck.de

Danksagung

Wir bedanken uns beim Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e.V. für die Bereitstellung der Mittel zur Durchführung dieser Pilotstudie.

Unser Dank gilt weiterhin der Leitung sowie dem medizinischen und therapeutischen Personal der kooperierenden orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen im Land Schleswig-Holstein. Ohne ihre Bereitschaft zur aktiven und engagierten Mitarbeit wäre das vorliegende Projekt nicht durchführbar gewesen. Entwicklung und Ausarbeitung des vorliegenden Nachsorgeplans wurden wesentlich von diesen Impulsen aus der Praxis mitbestimmt.

Allen Rehabilitanden, die sich zur ersten Erprobung der entwickelten Materialien bereit erklärt haben, sei ebenfalls an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

Lübeck, im Januar 2007

die Autoren

Gliederung

0. Zusammenfassung

1. Hintergrund

1.1 Chronische Rückenschmerzen (cRS) – eine kostenträchtige Erkrankung

1.2 Behandlungsansätze für cRS - what's the evidence?

1.2.1 European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain

1.2.2 Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei cRS in Deutschland

1.2.3 Körperliche Aktivität - eine effektive Behandlungsform

1.3 Nachsorgeaktivitäten in der Rehabilitation

1.4 Ziele und Fragestellung

2. Methodik

3. Ergebnisse

3.1 Befragung von Rehaeinrichtungen in Schleswig-Holstein zur Praxis der Nachsorgeempfehlungen

3.2 Prämissen des Nachsorgekonzeptes: das „neue Credo“

3.3 Erstellte Materialien

3.3.1 To Do Liste für Rehaeinrichtungen

3.3.2 Information zum Nachsorgeprojekt für Ärztinnen und Ärzte

3.3.3 Checkliste für das Aufnahmegespräch zu Rehabeginn

3.3.4 Patientenheft „Bewegte Reha“ (während der Rehamaßnahme)

3.3.5 Drei Bewegungstagebücher für die Zeit nach der Rehabilitation

3.3.6 Patienten“selbstverpflichtung“ Bewegter Alltag

3.3.7 Weitere Unterstützungsangebote der Rehabilitationseinrichtung

3.4 Ergebnisse der Pilotphase

3.4.1 Auswertung Kurzfragebogen

3.4.2 Ausgewählte Befunde aus den Patientenheften

4. Diskussion und Ausblick

5. Literatur

6. Anhang

0. Zusammenfassung

In Zusammenarbeit mit elf orthopädischen Reha-Einrichtungen in Schleswig-Holstein (S-H) wurde ein „Nachsorgeplan“ für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (cRS) entwickelt. Dieser macht konkrete Vorschläge für die Ausgestaltung der Betreuung nach einem stationären oder ambulanten Reha-Aufenthalt.

Im Unterschied zu verschiedenen komplexen Programmpaketen, die dem Patienten bislang angeboten werden (z.B. IRENA, INA, MTT), fokussiert das Konzept insbesondere auf die „begleitete“ Eigeninitiative der Rehabilitanden. Diese wird während des Reha-Aufenthalts durch die Konzentration aller Klinikmitarbeiter auf eine Förderung von Empowerment, Selbstmanagement und Selbstverantwortung der Rehabilitanden vorbereitet. Eingebunden in eine neue Reha-Philosophie, die den stationären Rehabilitationsaufenthalt als den Beginn der eigentlichen Rehabilitation im Sinn einer Schulungs- und Trainingsphase betrachtet, werden die Patienten zu eigenen Experten der Nachsorge: sie entscheiden sich schon während der Rehabilitation für geeignete Nachsorgeelemente, initiieren sie und verpflichten sich zur Durchführung.

Entsprechend der Indikationsgruppe steht bei der Nachsorge zunächst die körperliche Bewegung im Vordergrund. Patienten sollen durch Unterstützung der Eigenverantwortung und -kompetenz längerfristig zur Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten nach der Reha-Maßnahme motiviert werden. Ausgehend von den positiven Effekten regelmäßiger Bewegung bei cRS werden implizit eine gesamtgesundheitliche Verbesserung und damit eine nachhaltige Effektivität der Rehabilitation erwartet.

Als Basis für die Entwicklung dieses Nachsorgeplans dienten die bereits praktizierten Nachsorgeaktivitäten der beteiligten Reha-Einrichtungen. Diese wurden im Dialog zwischen der Projektgruppe und verschiedenen Expertengruppen aus den Reha-Einrichtungen (Vertreter der Klinikleitung, medizinisches und therapeutisches Klinikpersonal) in insgesamt acht Gruppentreffen modifiziert und ausgebaut. Es resultierte die Entwicklung eines exemplarischen Nachsorgemoduls dessen Ziel es ist, die Patienten mit cRS zur Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten im Zeitraum von mindestens einem Jahr nach der eigentlichen Reha-Maßnahme zu motivieren. Dieser Schwerpunkt wurde gewählt, da sich regelmäßige körperliche Bewegung als eine der wenigen evidenzbasiert wirksamen Behandlungsmaßnahmen zur Behandlung chronischer RS darstellt.

Für die Umsetzung des Nachsorgeplans und zur Unterstützung der Patienten bei der notwendigen Lebensstiländerung kommt einem „Paradigmenwechsel“ in der Reha-Einrichtung eine zentrale Bedeutung zu. Die Reha-Einrichtung weitet ihre Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung ihrer Rehabilitanden über die eigentliche Zeit der dreiwöchigen Reha-Maßnahme hinaus auf ein ganzes Jahr aus. Sie unterstützt von Beginn an verstärkt die Ei-

genverantwortung und Eigenkompetenz des Rehabilitanden für einen gesundheitsbewussten Lebensstil in der Zeit **nach** der Rehabilitation. Diese veränderte Grundeinstellung wurde von den Reha-Klinikern und dem Reha-Team als „neues Credo“ bezeichnet und schriftlich gefasst (u.a. Patienten ernst nehmen; das Gesunde im Patienten stärken; nicht die Defizite fokussieren, Konzentration auf das, was der Patienten noch kann, Sicherung der langfristiger positiver Effekte).

Das so entworfene Nachsorgekonzept setzt sich aus verschiedenen „Bausteinen“ zusammen: Einführung des neuen Credos, Gesprächsleitfaden für das Aufnahmegespräch, Abbau von Bewegungsangst in allen Therapiemodulen, Nachsorgevertrag (Selbstverpflichtung) für das Entlassgespräch, Patiententreffen zum Thema Nachsorge, Sorgensprechstunde, Patientenhefte zum Thema körperliche Aktivität (für die Zeit in der Klinik und für zu Hause), Kontaktaufnahme von Seiten der Klinik (je nach Wunsch telefonisch, schriftlich, per E-Mail) im Jahr nach der Rehabilitation, wenn Bewegungstagebuch nicht rechtzeitig zurückgeschickt wird, Telefonleitfaden für unterstützende Anrufe, Einrichtung einer Mailhotline der Klinik für Patientenfragen rund um die Bewegung, Angebot eines Gesundheits-Checkups oder äquivalenter Angebote in der Klinik als Bonus für das Einsenden aller Bewegungstagebücher, Informationsmaterial für Hausarzt und Angehörige zur Unterstützung.

Zu den meisten der genannten „Bausteine“ wurden unterstützende Materialien entwickelt und in Diskussionen mit den Experten konsentiert. Sieben Kliniken erklärten sich bereit, die Feasibility der entwickelten Materialien zu überprüfen, vier von ihnen schlossen die Erprobung in der verbleibenden Projektlaufzeit ab und gaben eine weitgehend positive Rückmeldung. Zur Evaluation der Wirksamkeit des entwickelten Konzeptes wurde ein BMBF-Antrag gestellt.

1. Hintergrund

1.1 Chronische Rückenschmerzen – eine kostenträchtige Erkrankung

Rückenschmerzen (RS) in Deutschland haben sich wie in den meisten industrialisierten Ländern nach 1950 zu einem prominenten Gesundheitsproblem entwickelt und gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung (Raspe 2001, Bellach et al 2000). Ihre Prävalenz (Punktprävalenz knapp 40 %, 12 Monatsprävalenz um 70 %) zeigt sich über die letzte Dekade als weitgehend stabil (Hüppe et al 2006).

Für die überwiegende Mehrzahl aller in epidemiologischen Studien identifizierten RS lässt sich kein pathoätiologisch wesentlicher somatischer Befund bestimmen (Fordyce 1995). Ein Hauptproblem „unspezifischer“ RS ist ihre Tendenz zur Chronifizierung, für die in der Literatur eine Vielzahl von Risikofaktoren diskutiert wird (für einen Überblick s. Kohlmann & Schmidt 2005).

Angaben über die Häufigkeit von cRS hängen stark von der nicht einheitlich verwendeten Definition von „chronisch“ ab. Der telefonische Bundes-Gesundheitssurvey legt eine rein zeitliche Definition (drei Monate oder länger anhaltende (fast) tägliche RS) zugrunde und berichtet eine 12 Monatsprävalenz chronischer RS von 21.6 % bei Frauen und 15.5 % bei Männern (Neuhauser et al 2005). Das Lübecker Amplifikationsmodell verwendet eine erweiterte Definition und berücksichtigt neben zeitlichen Aspekten (RS im letzten Jahr (fast) täglich), räumliche Ausbreitung der Schmerzen (Ausstrahlung ins Bein) sowie Beeinträchtigungen somatischer und psychischer Systeme (Raspe et al 2003, Hüppe & Raspe 2005). In einer bevölkerungsbezogenen Kohorte (N=6963 Einwohner vier westdeutscher Großstädte) gaben 34 % an am Befragungstag RS zu haben. Unter diesen zeigten gut die Hälfte (57 %) Anzeichen einer RS-Chronifizierung (Stadium 1 bis Stadium 3), bezogen auf alle Befragten ergibt sich somit ein Anteil von 19 % mit mehr oder weniger stark ausgeprägter RS-Chronifizierung (Frauen 20.3%, Männer 17.7%). Zeitlich wie räumlich ausgebreitete RS mit einer deutlichen Beeinträchtigung somatischer und/oder psychischer Systeme (Stadium 2 und 3) berichten 6 % der Befragten (Frauen 5.9 % und Männer 6.5 %).

RS verursachen hohe direkte wie indirekte Kosten. Die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeitstagen und Produktivitätsausfällen erreichen in Deutschland ein Ausmaß in Milliardenhöhe. Im Jahr 2004 entfielen unter den AOK-Pflichtmitgliedern 25.855 Arbeitsunfähigkeitstage auf Dorsopathien (M40 bis M54), das sind 17 % aller Krankschreibungen (Rang 1) (AOK Krankheitsartenstatistik 2004). 178.584 medizinische Rehamaßnahmen wurden von der Rentenversicherung wegen Dorsopathien verordnet, ein Anteil von 25.4 % und ebenfalls Rang 1 (VDR Statistik Rehabilitation 2004). Mit 20.463 bewilligten Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (12 %) belegen Dorsopathien den 3. Rangplatz hinter psychischen und

Verhaltenstörungen (F00-F99, 31 %) und Tumorerkrankungen (C00-D48, 14.7 %) (VDR Statistik Renten 2004).

Unverändert zählen Dorsopathien und als deren Subgruppe unspezifische RS somit aus ökonomischer Perspektive zu den relevanten Erkrankungsbildern.

1.2 Behandlungsansätze für cRS - what's the evidence?

Für die äußerst kostenträchtige Gruppe der Patienten mit cRS gibt es noch kaum adäquate Behandlungsmöglichkeiten. Die meisten der bisher angewandten Therapieformen erweisen sich als wenig effektiv.

1.2.1 European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain

Im Dezember 1999 wurde von der europäischen Kommission eine Initiative zur Erstellung evidenzbasierter Leitlinien zur Prävention, Diagnose und Behandlung unspezifischer akuter und chronischer RS entwickelt. Am COST-B13-Projekt waren 13 europäische Länder beteiligt. Es wurde eine systematische Literatursuche in Medline, Embase, Cochrane Library, Psyclit und weiteren sieben einschlägigen Datenbanken durchgeführt, die systematische Reviews und RCTs bis Ende November 2002 berücksichtigte. Im November 2004 wurde das Projekt mit der Veröffentlichung von drei Leitlinien beendet. Neben den beiden Leitlinien zur RS-Prävention und zur Behandlung akuter RS befasst sich eine dritte Leitlinie mit der Behandlung chronischer RS (Airaksinen et al. 2004).

Definiert ist cRS als "back pain persisting for at least 12 weeks" (S.29). Als "unspezifisch" wird ein RS mit folgendem Merkmal bezeichnet: "not attributable to a recognisable, known specific pathology (e.g. infection, tumour, osteoporose, fracture, structural deformity, inflammatory disorder, radicular syndrome or cauda equina syndrome)."

Als wirksame Behandlungen werden empfohlen:

- Cognitive-behavioural treatment
- Exercise Therapy - stretching and/or strengthening
- Minimal/brief educational interventions which encourage a return to normal activities
- Multidisciplinary (bio-psycho-social) treatment

Die Autoren der Leitlinie weisen zusammenfassend darauf hin, dass die Effektstärken der meisten therapeutischen Ansätze allerdings eher bescheiden ausfallen. „*The most promising approaches seem to be cognitive-behavioural interventions encouraging activity/exercises.*“

1.2.2 die Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei cRS in Deutschland

In internationalen Literaturübersichten finden sich Hinweise auf moderate bis starke Evidenz für die Wirksamkeit multidisziplinärer Behandlungsansätze bei cRS (Guzman et al 2001, van Tulder et al 2000, Flor et al 1992).

Wenn auch das Behandlungskonzept in deutschen Rehabilitationseinrichtungen mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Schmerz und einem multidisziplinären Behandlungsansatz Waddells Forderung nach "a dedicated multidisciplinary back pain rehabilitation service" (1998, S.411) weitgehend entspricht, sind in Deutschland die sozialen und gesundheitspolitischen Bedingungen anders als in anderen Ländern. Ein eigenständiger Erfolgsnachweis der in den Kliniken durchgeführten Maßnahmen ist allein mit dem Hinweis auf die internationale Forschungslage nicht zu umgehen. Zwei von unserer Arbeitsgruppe durchgeführte Reviews hatten zum Ziel, eine möglichst vollständige Erfassung und Bewertung der in Deutschland durchgeführten Studien zu den Effekten medizinischer Rehabilitation bei cRS vorzunehmen und eine Übersicht zur vorliegenden Evidenz zu geben (Hüppe & Raspe 2003, 2005). Neben publizierten Studien wurden auch unveröffentlichte Arbeiten (Arbeitsberichte, Dokumentationen, Doktorarbeiten, Qualitätsberichte u. Ä.) berücksichtigt. Im Vordergrund stand die Frage nach der Wirksamkeit einer multimodalen, multidisziplinären Behandlung cRS-Patienten im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Für den Zeitraum 1980 bis 2003 wurden insgesamt 46 Studien erfasst und ausgewertet. Die in der Mehrheit unkontrollierten deutschen Studien zeigen kurzfristig (am Ende der Rehamaßnahme) gute bis mittlere Effekte, die jedoch über die nächsten Wochen und Monate abklingen. Die unbefriedigende Nachhaltigkeit erweist sich als ein Grundproblem der stationären medizinischen Rehabilitation bei cRS.

1.2.3 Körperliche Aktivität - eine effektive Behandlungsform

Die Durchführung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten gilt als protektiver Faktor für verschiedene Dimensionen der Gesundheit. Nach Empfehlungen des American College of Sports Medicine sollte man für eine positive gesundheitliche Wirkung an mindestens 3 Tagen pro Woche eine halbe Stunde lang in Bewegung sein. Dabei sollten Atmung und Puls gesteigert sein und man sollte leicht ins Schwitzen geraten (Pate 1995). Wie der Bundesgesundheitsurvey von 1998 zeigte, zeigt nur ein kleiner Teil der deutschen Bevölkerung von 13 % dieses empfohlene Maß an Aktivität (Mensink 2003). Es werden daher vermehrt Anstrengungen unternommen, dauerhaft die körperlichen Aktivitäten der Bevölkerung zu fördern z.B. durch die Gesundheitsinitiative „Deutschland bewegt sich“, initiiert von der Barmer Ersatzkasse, dem ZDF und der Bild am Sonntag.

Regelmäßige körperliche Aktivität liefert nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit wie etwa der Prävention von Rückenleiden, sie stellt als Kernstück ver-

schiedenster „Bewegungstherapien“ (exercise therapies) selbst eine effektive Behandlungsform bei cRS dar.

Die oben genannte europäische Leitlinie zur Behandlung chronischer RS listet 45 RCTs zur Wirksamkeit von Bewegungstherapien auf, unter ihnen 20 mit hoher methodischer Qualität. Die Ergebnisse dieser Studien führen zu folgender Empfehlung: „Supervised exercise therapy is recommended as a first line treatment in the management of chronic low back pain.“ (S.85).

Es liegt starke Evidenz dafür vor, dass es keine Effektivitätsunterschiede zwischen verschiedenen Formen körperlicher Aktivitäten gibt. Moderate Evidenz unterstützt des Weiteren die gleichstarke Wirksamkeit von Einzel- und Gruppenbetreuung.

Die Literaturübersicht von Rainville et al. (2004) berücksichtigt auch unkontrollierte Beobachtungsstudien zu Behandlungseffekten körperlicher Bewegungstherapie. Die Autoren resümieren: „Most studies have observed improvements in global pain ratings after exercise programs, and many have observed that exercise can lessen the behavioural, cognitive, effect, and disability aspects of back pain syndromes.“

Für ein Cochrane Review (Hayden et al. 2005) wurden RCTs bis Oktober 2004 einbezogen. Die Metaanalyse ergab für Patienten mit chronischen RS eine Reduktion der Schmerzintensität (Skala 0 bis 100) im Mittel um 13.3 Punkte (KI: 5.5 – 21.1) nach Exercise Therapy im Vergleich zur Kontrollgruppe sowie eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit (Skala 0 bis 100) um 6.9 Punkte (KI: 2.2 – 11.7). Die Autoren folgern: „Exercise therapy seems to be slightly effective at decreasing pain and improving function in adults with chronic low back pain“.

1.3 Nachsorgeaktivitäten in der Rehabilitation

Vor dem Hintergrund der in 1.2.2 beschriebenen Befunde zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei cRS in Deutschland ist es nahe liegend, nach Möglichkeiten zur Sicherstellung eines dauerhaften Erfolges zu fragen. Damit tritt das Thema Reha-Nachsorge in den Mittelpunkt. Der Stand der Forschung zur Reha-Nachsorge wurde von Deck & Raspe 2004 wie folgt skizziert: „...rehawissenschaftlich taucht die Thematik Nachsorge im eigentlichen Sinne vor dem Jahr 2003 nur wenig auf“ (S. 68).

In den letzten Jahren wurde das Thema Nachsorge verstärkt aufgegriffen. Dies geschah zum einen auf der Basis verschiedener Rahmenempfehlungen der Rentenversicherungsträger (Grosch 2004) sowie im Rahmen der bundesweiten Reha-Forschungsverbände. Eine umfassende Übersicht über wissenschaftliche und durch Kostenträger initiierte Programme zur Reha-Nachsorge wurde 2004 von Köpke erstellt und 2005 ergänzt. Sie enthält rund 200 Beispiele konkreter Nachsorgemaßnahmen und -projekte, die von konzeptionellen Ansätzen (wie z.B. IRENA, Curriculum Hannover, INA) bis hin zu punktuellen Ansätzen einzelner Re-

ha-Kliniken (Fraktionierte Reha, Auffrischkurse, Telefonische Nachsorge) reichen. Die Bestandsaufnahme und die Literaturlaufarbeitung von Köpke sind so umfassend, dass einzelne Programme und Elemente hier nicht wiederholt werden sollen (vgl. Köpke 2004, 2005). Wir wollen beispielhaft nur eine Studie kurz darstellen, deren Ziel es war, die gegenwärtige Situation der Nachsorge nach stationärer oder ambulanter Rehabilitation zu erfassen und Schwachstellen zu beschreiben:

Im Rahmen der von BMBf und DRV geförderten Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände wurde vom Freiburger Forschungsverbund die RENA (Reha-Nachsorge) – Studie durchgeführt (Gerdes et al. 2005). Orthopädische Rehabilitanden (N=285) und kardiologische Rehabilitanden (N=27) beantworteten 9 Monate nach der Teilnahme an einer medizinischen RehaMaßnahme einen Fragebogen zu ihrer Kenntnis der Nachsorgeempfehlungen sowie zu deren Umsetzung und Umsetzungshindernissen. Zusätzlich füllten die Rehabilitanden während des Rehaaufenthaltes sowie zum Katamnesezeitpunkt den IRES-Fragebogen aus, der die aktuelle Selbsteinschätzung zu Parametern des somatischen, funktionalen und psychosozialen Status erfasst. Neben der Umsetzung der Empfehlungen und Umsetzungshindernissen aus der Sicht der Rehabilitanden will die RENA-Studie die Nachsorgeempfehlungen in den Entlassungsberichten der Rehakliniken erfassen und bewerten sowie Prädiktoren für ungünstige poststationäre Verläufe suchen.

Die von den Kliniken in den Entlassberichten abgegebenen Nachsorgeempfehlungen wurden von „Peers“ insgesamt als sehr gut bewertet (Punktwert von 8.5 auf 10stufiger Skala). 23 % der befragten Rehabilitanden setzten die Empfehlungen für die Zeit nach der RehaMaßnahme „voll und ganz“ um, 77 % „teilweise“ oder „gar nicht“. Als Hinderungsgründe wurden am häufigsten genannt „keine Zeit“ oder „keinen Schwung gehabt“. Patientenangaben zum Erfolg der RehaMaßnahme erbrachten für die Gesamtgruppe geringe Effektstärken im Bereich zwischen 0.2 und 0.3. Dabei lässt sich jedoch eine Zweiteilung der Studiengruppe erkennen. Etwa die Hälfte zeigt zur Katamnese gar keine Effekte mehr und bewertet den Rehaerfolg insgesamt auch nur als gering. Die andere Hälfte berichtet einen anhaltenden Rehaerfolg und erreicht Effektstärken um 0.5. Ein linearer Zusammenhang zwischen Umsetzungsgrad der Nachsorgeempfehlungen und besseren Rehaeffekten war nicht zu beobachten. Hier sehen die Autoren weiteren Forschungsbedarf.

Aufgrund der Studienergebnisse werden Empfehlungen an Rehaeinrichtungen, an die RV-Träger und für die Forschung abgegeben. Den Rehaeinrichtungen wird empfohlen ein strukturiertes Nachsorgegespräch des Reha-Arztes mit dem Patient vor der Entlassung einzuführen. Dabei sollten folgende drei Punkte mit dem Rehabilitanden besprochen werden („Nachsorge-Trias“): Bestimmung des Bedarfs an Nachsorgemaßnahmen, Exploration von Umsetzungsmöglichkeiten und -hindernisse, Initiierung flankierender Maßnahmen zur Motivationsverstärkung.

Als Resultat der Bestandsaufnahme kann festgehalten werden: Wenn auch eine große Zahl und unterschiedliche Formen nachsorgender Maßnahmen gefunden werden konnten, zeigen die von Köpke berichteten Untersuchungsergebnisse ernüchternde Teilnahme- und Umsetzungsquoten der empfohlenen Nachsorgemaßnahmen von maximal 25% (Köpke, 2005). Auf der Seite der Patienten fehlt es offensichtlich an Kompetenz, Fähigkeit, Motivation und Zeit.

Auf der Seite der Reha-Klinik ist zu vermuten, dass die Nachsorgeempfehlungen zu wenig konkret und differenziert sind, um bei den Patienten als solche wahrgenommen zu werden. In eigenen Untersuchungen gibt knapp die Hälfte der Patienten an, überhaupt Verhaltensempfehlungen für zu Hause bekommen zu haben, weniger als ein Viertel würde über trägereigene Nachsorgeprogramme informiert und bei 10 bis 20% wurde das soziale und strukturelle Umfeld in die Nachsorge einbezogen (Deck & Raspe 2004). Auch auf der Seite der Kostenträger ist der untergeordnete Stellenwert feststellbar. In einer Erhebung der LVA Schleswig-Holstein (DRV Nord) wurde festgestellt, dass nicht nur die Inanspruchnahme der Patienten niedrig ist, sondern auch die Verordnungen durch die Reha-Kliniken (Egelkraut 2004).

Zusammengefasst wird deutlich, dass die Frage bzw. das Problem der Nachsorge bislang noch nicht zufrieden stellend gelöst zu sein scheint.

1.4 Ziele und Fragestellung

Um den Rehabilitanden die Fortführung und das Beibehalten des in der Rehabilitation Gelernten zu erleichtern und zum anderen die Versorgungsstrategien der nachsorgenden Betreuer zu koordinieren, sollte exemplarisch ein „Nachsorgeplan“ erstellt werden. Dieser Nachsorgeplan zielt darauf ab, die Nachhaltigkeit der am Ende des Rehaaufenthaltes beobachtbaren positiven Effekte zu halten und zu verstärken.

Während des Projektverlaufes wurde die ursprüngliche Zielvorgabe auf die Entwicklung eines Nachsorgemoduls hin modifiziert, das zunächst auf den Bereich der körperlichen Aktivität fokussiert. Ziel ist es, die Patienten zur *Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten* im Zeitraum von mindestens einem Jahr anzuhalten und zu unterstützen. Zentrale Bedeutung kommt dabei einem „Paradigmenwechsel“ in der Rehaeinrichtung zu. Diese weitet ihre Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung ihrer Rehabilitanden über die eigentliche Zeit der dreiwöchigen Rehamaßnahme hinaus auf ein ganzes Jahr hinaus. Dabei unterstützt sie von Beginn an verstärkt die Eigenverantwortung und Eigenkompetenz des Rehabilitanden für die Umsetzung eines gesundheitsbewussten Lebensstils in der Zeit nach der medizinischen Rehamaßnahme.

Ausgehend von den wissenschaftlich belegten positiven Effekten regelmäßiger Bewegung bei cRS wird auf diesem Wege ebenfalls eine Verbesserung der Nachhaltigkeit erwartet.

2. Methodik

In Zusammenarbeit mit kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein (S-H) wurde ein „Nachsorgeplan“ für Patienten mit cRS erstellt, der konkrete Vorschläge für die Ausgestaltung der weiteren Betreuung nach einem stationären oder ambulanten Reha-aufenthalt macht. Entwickelt und optimiert wurde er ausgehend von den bereits praktizierten Nachsorgeaktivitäten der Rehabilitationseinrichtungen im Dialog zwischen der vierköpfigen Projektgruppe und verschiedenen Expertengruppen aus den Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden werden die einzelnen Arbeitsschritte kurz vorgestellt:

- *Erfassung nachsorgender Aktivitäten*

Der erste Projektschritt bestand in einer Sammlung und Sichtung der bislang in den Rehaeinrichtungen eingesetzten Verfahren zu Nachsorgeempfehlungen. Befragt wurden im Februar und März 2005 19 orthopädische Rehaeinrichtungen in Schleswig-Holstein, darunter 4 ambulante Einrichtungen. Sie erhielten postalisch einen einseitigen Kurzfragebogen zur Praxis der Nachsorgeempfehlungen zugesandt (s. Anhang) zusammen mit einer knappen Skizzierung des Projektes und der Bitte um Mitarbeit. Zwei bis drei Wochen später wurde telefonisch Kontakt mit den Kliniken aufgenommen: Alle 4 ambulanten Einrichtungen und 13 der 15 stationären Einrichtungen beteiligten sich an dieser Befragung (Partizipationsrate von 89 %).

- *Erstes Treffen der Projektgruppe am 20.04.2005*

Die vierköpfige Projektgruppe (Arlt, Deck, Hüppe, Schauer) entwarf im Anschluss an die Auswertung der Befragung erste Merkmale eines alternativen Vorgehens bei der Nachsorge, (das „neue Credo“). Inhalte für ein erstes Expertentreffen wurden gesammelt.

- *Zweites Treffen der Projektgruppe am 08.06. 2005*

Das neue Nachsorgekonzept wurde weiterentwickelt. Es wurde aufgelistet, welche Materialien (z.B. Bewegungstagebücher etc.) zu erstellen sind. Festlegung der Tagesordnung für das erste Expertengespräch.

- *Erstes Expertentreffen: Ebene der Klinikleitung am 24.08.2005*

Alle an der Befragung teilnehmenden Klinikeinrichtungen (N=17) wurden zu einem Round-Table-Gespräch in das Institut für Sozialmedizin eingeladen. 10 der 17 eingeladenen Kliniken konnten an dem Gespräch teilnehmen, 6 Kliniken hatten terminliche Schwierigkeiten, baten aber um weitere Informationen, eine Klinik zeigte kein weiteres Interesse an dem Projekt.

Ziel des Expertengesprächs war (1) die Rückmeldung der Ergebnisse aus der Erhebung des Ist-Zustandes der Nachsorgeaktivitäten und (2) Vorstellung des „neuen Credos“ und gemeinsame Diskussion der Inhalte eines alternativen Nachsorgekonzeptes.

- *Drittes Treffen der Projektgruppe am 18.10.2005*

Neben der Nachbesprechung der Expertenrunde stand die Planung und Konkretisierung der nächsten Projektschritte auf der Tagesordnung. Es wird beschlossen, im nächsten Schritt die therapeutisch tätigen Mitarbeiter der Rehaeinrichtungen zu einem Round-Table-Gespräch einzuladen, da eine Umsetzung der Projektideen ohne Einbezug der Therapeutengruppen aussichtslos erscheint.

- *Zweites Expertentreffen: Ebene der Therapeuten am 07. 12. 2006*

Alle 16 interessierten Rehaeinrichtungen wurden schriftlich gebeten, einen oder zwei Vertreter der Therapeutengruppen (Psychologen, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten etc.) zur Teilnahme an einem weiteren Round Table Gespräch zu motivieren und zu benennen. Vertreter von 11 Rehaeinrichtungen nahmen teil, 3 Kliniken entschuldigten sich, 2 Kliniken meldeten sich nicht mehr.

Ziel des zweiten Expertengesprächs war (1) Vorstellung des aktuellen Standes des Nachsorgekonzeptes: das „neue Credo“, Präsentation der verschiedenen Bausteine des Nachsorgekonzeptes und (2) Diskussion der Stärken und Schwächen des Konzeptes, seine Umsetzbarkeit im klinischen Alltag.

- *Viertes Treffen der Projektgruppe am 18.01.2006*

Die Auswertung des zweiten Expertengesprächs führte zu einer erneuten Modifikation des Konzeptes und der Materialien. Eine erste Erprobung der Materialien wurde in die Wege geleitet. Dazu erhielten die beteiligten Kliniken die bislang entwickelten Materialien. Es sollten von Seiten der Rehabilitanden sowie des medizinischen und therapeutischen Personals Hinweise zu Praktikabilität, Verständlichkeit und Layout gesammelt werden. Ein Informationsblatt für den behandelnden Arzt des Rehabilitanden (Hausarzt oder Facharzt) wurde erstellt und das dritte Expertentreffen sowie eine Pilotphase zur Erprobung geplant.

- *Drittes Expertentreffen: Ebene Klinikleitung und Therapeuten am 07.06.2006*

Das Treffen hatte primär die Planung der Erprobungsphase zum Ziel.

Eingeladen wurden 14 Rehaeinrichtungen, es nahmen 11 Einrichtungen am Gespräch teil, 6 sagten ihre Bereitschaft, an der Durchführung einer Pilotphase zur Erprobung des neuen Nachsorgekonzeptes teilzunehmen, zu. Der Schwerpunkt der Pilotphase wird auf die Prüfung der Feasibility gelegt. Die Evaluation der Wirksamkeit des entwickelten Nachsorgekonzeptes ist in einer eigenständigen, zukünftigen Studie zu prüfen.

- *Pilotphase: August 2006 bis Dezember 2006*

Alle 6 Rehaeinrichtungen, die ihre Teilnahme an der Pilotphase zugesagt hatten, erhielten einen kompletten Satz an Unterlagen (siehe 3.3 und Anhang) einschließlich frankierter Rücksendeküverts für je 20 Rehabilitanden. Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt:

Alter maximal 60 Jahre, berufstätig, Rückenschmerz ist das im Vordergrund stehende Hauptleiden; Als Ausschlusskriterium gilt eine Rückenoperation in den letzten 6 Monaten.

Folgende Fragen sind von Interesse: Gelingt es den Kliniken das neue Credo zu vermitteln? Ziehen alle an einem Strang? Wie wird im Klinikalltag die Betreuung der Rehabilitanden umgesetzt (Betreuung der Hotline, Pflege der Tagebuchdatei)? Wie viele Rehabilitanden nutzen in den ersten 4 Wochen zu Hause die Hotline? Wie viele schicken ohne Nachfragen das Tagebuch zurück? Wie viele müssen erinnert werden? Auf welche Weise und mit welchem Erfolg geschieht dies?

Die Reha-Einrichtungen dokumentieren dazu folgende Daten der in die Pilotphase eingeschlossenen Patienten: Alter, Geschlecht und Arbeitsfähigkeit, Tagebuch zurückgeschickt (mit oder ohne Erinnerung), Hotline genutzt (Anzahl der Kontakte). Am Ende der Pilotphase werden die Ergebnisse der Pilotphase von den Reha-Einrichtungen mit Hilfe eines Kurzfragebogens erfasst (siehe Anhang).

3. Ergebnisse

Ergebnisprotokolle aller im Methodenteil aufgeführten Treffen der Projektgruppe sowie der Expertenrunden liegen im Anhang vor.

Der folgende Ergebnisteil konzentriert sich auf eine Darstellung der Ergebnisse der Ausgangserhebung (3.1), die Vorstellung des „neuen Credo“ als grundlegende Basis des Nachsorgekonzeptes (3.2), einer Beschreibung der für das Nachsorgemodul entwickelten Materialien (3.3) sowie einer Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Pilotstudie (3.4).

3.1 Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein zur Praxis der Nachsorgeempfehlungen

An der Befragung nahmen 17 der angeschriebenen 19 orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen in S-H teil, verwertbare Daten liegen von 16 Kliniken vor.

Es zeigt sich, dass in der Regel kein standardisiertes Vorgehen gewählt wird, nur 2 von 16 Kliniken geben eine Standardisierung an, 13 verneinen dies, einmal fehlt die Angabe (s. Tab. 1).

7 Kliniken erteilen ihre Nachsorge-Empfehlungen ausschließlich mündlich, 9 Kliniken geben neben mündlichen auch schriftliche Empfehlungen ab, häufig im Rahmen des ärztlichen Entlassbriefes. Von keiner Klinik wird das Vorliegen eines Leitfadens berichtet.

Bezüglich der Inhalte der Empfehlungen zur Nachsorge herrscht eine große Übereinstimmung, die Aufnahme und Beibehaltung körperliche Aktivitäten werden als zentrales Nachsorge-Element angesehen. Die Patienten werden auf die Bedeutung weiterführender körperlicher Übungen hingewiesen, etwa die Hälfte der Einrichtungen stellt Material mit empfohlenen Übungen zur Verfügung. Die Teilnahme an speziellen Nachsorgeprogrammen wie die intensivierete Reha-Nachsorge (IRENA), das Funktionstraining der Rheumaliga, Reha-Sport-Gruppen sowie Medizinische Trainingstherapie (MTT) wird von vielen Einrichtungen empfohlen. Eine Kontrolle der Umsetzung der Empfehlungen nach der Entlassung des Patienten aus der Rehaklinik erfolgt nicht.

Zusammenfassend zeigen sich bei der gängigen Nachsorgepraxis vor allem folgende Schwachstellen: (1) Es fehlt ein standardisiertes Vorgehen. (2) Eine konkrete Einleitung nachsorgender Aktivitäten der Rehabilitanden im Anschluss an die medizinische Rehabilitationsmaßnahme erfolgt nicht. (3) Die Umsetzung der empfohlenen Aktivitäten wird nicht kontrolliert.

Tabelle 1: Überblick zu nachsorgenden Aktivitäten der Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein (IST-Zustand, März 2005)

Klinik	Standardisiertes Vorgehen	schriftlich und/oder mündlich	Leitfaden	eingesetzte Materialien, Unterlagen, Dokumente	Inhalte der Empfehlungen
01	Nein	mündlich für Patienten, schriftlich weiterbehandelnde Ärzte	?	Flyer, Hausaufgabenprogramm im Modul Rückenschule (schriftlich), Hinweis in Therapiemodulen auf Notwendigkeit der Eigeninitiative	aktivierende, muskelaufbauende, mobilisierende Behandlung
02	?	?	?	Formulare der verschiedenen Kostenträger zu Reha-Nachsorgeleistungen	MTT, Rehasport, Funktionstraining, Muskelaufbautraining stufenweise Wiedereingliederung
03	nein	mündlich (i.R. der Vortragsveranstaltung Rückenschule), schriftlich (Entlassbrief)	nein	Schulungserinnerung für zu Hause (vom Physiotherapeuten) = Wirbelsäulengymnastik	Eigentraining, MTT, Sport, Krankengymnastik, Gewichtsreduktion, Fitness-Studio, , Arbeitsplatzgestaltung, balneophys. Maßnahmen (je nach Therapeut etwas anders)
04	ja	schriftlich und mündlich	nein	individuell ausgearbeiteter Gymnastikplan mit Unterlagen zur MTT	MTT, Funktionstraining, IRENA, Krankengymnastik in Eigenregie
05	nein	mündlich im Abschlussgespräch	nein	Liste von Selbsthilfegruppen	Einleitung von IRENA, MTT, Rheumafunktionstraining, Rückengymnastik im Sportverein
06	nein	eher mündlich (Abschlussgespräch)	nein	Rücken-Bauch-Gymnastik-Heft	Teilnahme an Selbsthilfegruppen, VT-orientierte Rückenregeln, individuelle Trainingsempfehlungen, „spezielle“ Nachsorgeempfehlungen
07	nein	mündlich	nein	Liste von Selbsthilfegruppen, Handout mit Eigenübungen	Sportverein, Rückensport, IRENA

Klinik	Standardisiertes Vorgehen	schriftlich und/oder mündlich	Leitfaden	eingesetzte Materialien, Unterlagen, Dokumente	Inhalte der Empfehlungen
08	nein	mündlich und schriftlich (Arztbrief)	nein	Broschüre Wirbelsäule mit Eigenübungen, Arztbrief auch für Patient	?
09	Infos beziehen sich nur auf Patienten nach Endoprothesen-Operation, keine Angaben zu RS-Patienten				
10	nein	mündlich (Entlassgespräch)	nein	Patientenfaltblatt (mit kurzem Absatz zur Nachsorge)	Rheumafunktionstraining (Rheumaliga)
11	nein	mündlich (Abschlussgespräch)	nein	Übungsprogramm für Eigenübungen	?
12	nein	mündlich und schriftlich	nein	Rückenschulskript, Trainingsplan MTT, Bilddateien von Übungen	Strategie der kleinen Schritte (fehlender Überblick beim Umgang mit den Nachsorgeprogrammen der Versicherungsträger)
13	nein	mündlich und schriftlich	nein	E-Bericht, Flyer, Handout	Wirbelsäulengymnastik, Bewegungsübungen, Entspannungsmethoden, Fortführung des Muskelauftrainings, Bewegung wie Radfahren, Schwimmen, Walking, Diät
14	nein	mündlich und schriftlich	nein	LVA-Formular zum Rehasport, E-Bericht (Feld 134)	MTT (LVA-Angebot), Wassergymnastik, Rheumafunktionstraining
15	ja	mündlich und schriftlich	nein	Prospekt	IRENA, Nachsorge der LVA SH, Trainingstherapie, Hamburg vital Gesundheits- und Vorbereitungskurse der Krankenkassen (z.B. Rückenschule, Nordic Walking)
16	nein	mündlich und schriftlich	nein	?	IRENA, Rehasport und MTT (LVA)
17	nein	mündlich	nein	?	IRENA, MTT (LVA), WE

3.2 Prämissen des Nachsorgekonzept: das „neue Credo“

Ausgehend von den Ergebnissen der Umfrage zur Nachsorgepraxis entwarf die Projektgruppe Eckpunkte eines verbesserten Nachsorgekonzeptes. Diese wurden in Diskussionen mit den beiden Expertenrunden ausgearbeitet und in die nachfolgende Form gebracht:

- Angezielt wird eine nachhaltige Wirksamkeit der Rehabilitation (Effekte noch nach einem Jahr deutlich erkennbar).
- Die stationäre oder ambulante RehaMaßnahme von 3-4 Wochen stellt den Beginn einer insgesamt zwölfmonatigen „Interventionsphase“ dar. Alle am Rehaprozess beteiligten Klinikgruppen (wie z.B. Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter) unterstützen gemeinsam die Vorstellung, dass die in der Einrichtung durchgeführten RehaMaßnahmen durch längerfristige Veränderungen der Lebensgewohnheiten der Rehabilitanden ergänzt werden müssen.
- Die RehaTeilnehmer werden vom ersten Tag an darauf hingewiesen, dass ein Großteil der Behandlung weiterhin eigenverantwortlich zu Hause in ihrem Alltag durchzuführen ist. Neben der Einführung dieser längerfristigen Perspektive wird viel Wert darauf gelegt, die Selbstständigkeit der Rehabilitanden zu stärken.
- Den Rückenschmerzpatienten werden in den ersten Wochen die dazu notwendigen Lerninhalte vermittelt. Die Rehaeinrichtung versteht sich als Lernort, angezielt werden z.B. Einstellungsänderungen, Angstabbau, Hinführung zu körperlicher Aktivität, Verbesserung der körperlichen Fitness, Motivation zur Aufnahme und Intensivierung körperlicher Aktivitäten.
- Die Implementation und Aufrechterhaltung körperlicher bzw. gesundheitssportlicher Aktivitäten im Alltagsleben wird als ein zentrales Element in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen verstanden. Dies steht im Einklang mit den Empfehlungen der europäischen Leitlinien von 2004 zu „management of chronic non-specific low back pain“ sowie „for prevention in low back pain“.
- Die vom Patienten zu Hause umzusetzenden Aktivitäten werden für jeden Patienten während seines Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung entsprechend konkretisiert, eingeleitet und kontrolliert (Hilfestellung Patientenheft „Bewegte Reha“).
- Weniger die Art und Intensität der durchgeführten Bewegungen ist für eine positive Wirkung verantwortlich als vielmehr die Regelmäßigkeit ihrer Durchführung. Entscheidend ist daher die Motivation der Patienten. Bewegungen, die Spaß und Freude bereiten, haben per se eine größere Chance realisiert zu werden.

Soziale Kontrolle durch verschiedene Instanzen (Familie, Hausarzt, Betriebsarzt, Rehaklinik) unterstützt die Umsetzung (u.a. Hilfestellung durch 3 Bewegungstagebücher, die an Rehaeinrichtung zurückgesandt werden).

3.3 Erstellte Materialien

Zur Umsetzung der im „Credo“ formulierten Inhalte wurden verschiedene Materialien entwickelt, die im Folgenden vorgestellt werden. Alle Materialien sind im Anhang zusammengestellt.

3.3.1 To Do Liste für Rehabilitationseinrichtungen

Es werden konkrete Schritte zur Implementation des Nachsorgekonzeptes angeführt, die während der Erprobungsphase von der Rehabilitationseinrichtung durchzuführen sind.

3.3.2 Information zum Nachsorgeprojekt für Ärztinnen und Ärzte

Durch das Informationsblatt soll erreicht werden, dass Ärzte, bei denen die Rehabilitanden in Behandlung sind (Hausärzte, Fachärzte) die Anstrengungen ihrer Patienten positiv unterstützen.

3.3.3 Checkliste für das Aufnahmegespräch zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme

Es werden insgesamt 5 Themen angeführt, die im Aufnahmegespräch angesprochen werden sollen: (1) die Bedeutung körperlicher Aktivität für langfristigen Rehaerfolg wird hervorgehoben; (2) das Patientenheft „Bewegte Reha“ wird ausgeteilt, Sinn und Zweck erläutert; (3) die Zeitperspektive der rehabilitativen Maßnahmen wird von 3 Wochen auf 12 Monate ausgeweitet; (4) es wird auf die Eigenverantwortung des Patienten hingewiesen, seine Selbstständigkeit betont (Hilfe zur Selbsthilfe) sowie (5) die Rehaeinrichtung wird als „Lernort“ dargestellt, an dem ein neuer Umgang mit Rückenbeschwerden vermittelt wird.

3.3.4 Patientenheft „Bewegte Reha“

Bereits zu Beginn der Rehabilitation im Eingangsgespräch wird das Patientenheft „Bewegte Reha“ ausgegeben. Es informiert über die Bedeutung der Zeit nach der Rehabilitation und stellt dem Patienten für die kommenden 3 bis 4 Wochen verschiedene Aufgaben:

1. Selbstbeobachtung: Welche Bewegungsangebote in der Klinik machen mir Spaß, welche nicht, warum nicht?
2. Welche weiteren geeigneten Bewegungsangebote gibt es, die ich gerne einmal ausprobieren würde? (Angebotsliste) Hinweis auf die Möglichkeit sich mit den Mitrehabilitanden auszutauschen.
3. Wie sieht das aktuelle Angebot an meinem Heimatort aus (Recherche mit Hilfe des Internets und einer entsprechenden LINK-Liste, Einbezug der Angehörigen ...)

4. Vorbereitungen für den individuellen Nachsorgeplan (der im Abschlussgespräch erstellt wird) durch Konkretisierung: Welche körperlichen Aktivitäten werde ich, wann und wo aufnehmen?

3.3.5 Drei Bewegungstagebücher für die Zeit nach der Rehabilitation

Insgesamt werden am Ende der Rehabilitation drei DIN A6 Patientenhefte ausgeteilt, die ausgefüllt in die Klinik zurückgeschickt werden sollen. Das 1. Bewegungstagebuch umfasst den Zeitraum von einem Monat. Schickt der Rehabilitand das Heftchen nicht zurück, so wird von Seiten der Rehabilitationseinrichtung in zuvor vereinbarter Form (Standardschreiben, E-Mail, Telefonat) Kontakt aufgenommen und daran erinnert.

Das 2. Heftchen ist für ein Vierteljahr konzipiert, das 3. Heftchen für ein halbes Jahr.

Alle drei Hefte dienen der Selbst- und Fremdkontrolle der Beibehaltung körperlicher Aktivitäten im Alltag.

Zum Aufbau: die Hefte enthalten vorne die getroffenen Vereinbarungen, Selbstverpflichtungen; es folgt ein Tagebuch ähnlicher Teil zur Selbstbeobachtung der körperlichen Aktivitäten, Registrierung und Bewertung; notiert wird zuerst täglich, später wöchentlich, was man sich vorgenommen hat, welche Belohnung man sich setzt, was man gemacht hat, wie viel Spaß es gemacht hat bzw. warum man die Vorsätze nicht umsetzen konnte.

3.3.6 Selbstverpflichtung „Bewegter Alltag“

Im Abschlussgespräch werden basierend auf den Ergebnissen des Patientenheftes „Bewegte Reha“ für den ersten Monat zuhause gemeinsam mit dem Patienten konkrete Bewegungsvorsätze formuliert und vertraglich festgehalten. Der Rehabilitand verpflichtet sich selbst diese Vorsätze in die Tat umzusetzen und bestätigt dies mit seiner Unterschrift.

3.3.7 Weitere Unterstützungsangebote der Rehabilitationseinrichtung

- Einrichtung einer Mailhotline für Patientenfragen rund um die Bewegung
- Rehabilitanden, die ihre Bewegungstagebücher nicht im vereinbarten Zeitfenster zurückschicken, werden von der Klinik aus kontaktiert.
- Lassen die Bewegungstagebücher deutliche Schwierigkeiten in der Umsetzung erkennen, erfolgt eine Kontaktaufnahme von Seiten der Rehaeinrichtung.

Diskutiert, prinzipiell für gut befunden, aber (noch) nicht umgesetzt wurden folgende Vorschläge:

- Infoveranstaltung zum „Bewegten Alltag“ am Ende der Rehamaßnahme mit Einladung an die Partner
- Angebot eines Gesundheits-Check up in der Klinik als Bonus für ausgefüllte Heftchen (Reisekosten sind selbst zu zahlen)

3.4 Ergebnisse der Pilotphase

Sieben Rehabilitationseinrichtungen erklärten sich bereit, die Umsetzbarkeit des Konzeptes einer ersten Erprobung zu unterziehen. Von ihnen meldeten 6 Kliniken innerhalb des festgelegten Zeitrahmens (bis Mitte Dezember 2006) ihre Erfahrungen zurück: Drei Kliniken schlossen jeweils mehr als 10 Rehabilitanden in die Erprobungsphase ein. Eine Klinik hatte Schwierigkeiten, die abgesprochenen Einschlusskriterien zu erfüllen (fast ausschließlich AHB-Patienten, nur 3 Patienten einbezogen). Eine Klinik begann aus organisatorischen Gründen verspätet mit der Rekrutierung (Einschluss von 6 Patienten bis Ende der Pilotphase). 2 Kliniken meldeten sich auch auf Erinnerung hin nicht.

3.4.1 Auswertung Kurzfragebogen

- Anzahl eingeschlossener Rehabilitanden

Insgesamt 60 Rehabilitanden wurden rekrutiert und erprobten das Patientenheft „Bewegte Reha“. 47 % waren Frauen, das mittlere Alter lag bei 49.3 Jahren (SD=6.7). 86 % wurden als arbeitsfähig entlassen.

Allen wurde am Ende der Rehamaßnahme die drei Bewegungstagebücher für die Zeit zuhause ausgegeben mit der Bitte, das erste der drei Hefte (die ersten 4 Wochen) ausgefüllt an die Klinik zurückzuschicken.

29 der 60 Rehabilitanden kamen dieser Aufforderung fristgerecht nach (48.3 %), 11 schickten das Heftchen nach einer Erinnerung zurück (18.3 %), die übrigen 33.3 % (N=20) antworteten trotz Erinnerung nicht. Der Rücklauf betrug damit insgesamt 66.6 %.

- Akzeptanz und Umsetzung des Neuen Credos

Das Interesse an dem neuen Ansatz wurde insgesamt als „groß“ bewertet, allerdings zeigten sich nicht alle Mitarbeitergruppen der Einrichtungen in gleicher Weise aufgeschlossen dem neuen Ansatz gegenüber. Als schwierig erwies es sich, alle Gruppen gleichermaßen über den neuen Ansatz zu informieren (z.B. unterschiedlicher Besprechungszeiten der Mitarbeitergruppen).

- Betreuung der Rehabilitanden

Die Umsetzung des Konzeptes erfolgte in der Patientenbegrüßung, im Eingangs- und Abschlussgespräch mit dem Stationsarzt und in den physiotherapeutischen Behandlungseinheiten.

- Einrichtung einer Hotline

Die Kliniken richteten eine telefonische bzw. eine Mail-Hotline ein. Diese wurde jedoch von keinem der Teilnehmer in Anspruch genommen.

- Führung der Rücklaufdatei, Erinnerung säumiger Rehabilitanden:

Die Kliniken delegierten diese Aufgaben an unterschiedliche Personen: Stationssekretärin, Physiotherapeuten, Stationsarzt.

- Erfahrungen mit den Materialien

Während die ausgegebenen Patientenhefte sowie die beiden Checklisten positiv beurteilt wurden, erwies sich die „Selbstverpflichtung“ als wenig praktikabel. Mehrfach zeigten sich die Rehabilitanden irritiert und misstrauisch. Sinn und Zweck der „Selbstverpflichtung“ verständlich zu erklären kostete viel Zeit und führte nicht immer zum Erfolg.

3.4.2 Ausgewählte Befunde aus den Patientenheften

- Patientenheft „Bewegte Reha“

Den Rehabilitanden wurden drei Aufgaben gestellt: Erstens zu beobachten, welche Bewegungen (die während der Zeit der Rehabilitation durchgeführt werden) ihnen wie viel Spaß machen. Zweitens zu bewerten, welche körperlichen Aktivitäten für sie persönlich von Interesse sein könnten und drittens zu recherchieren und aufzunotieren, welche konkreten Bewegungsangebote am Heimatort genutzt werden könnten.

Während die Bearbeitung der ersten beiden Aufgabenstellungen in der Regel sorgfältig und vollständig erfolgte, finden sich nur bei 25 % der Heftchen Einträge zur dritten Fragestellung.

- Patientenheft „Bewegter Alltag“ (die ersten 4 Wochen)

Die zurückgeschickten Heftchen sind in der Regel vollständig ausgefüllt.

Über die vier beobachteten Wochen erkennt man für die gesamte Gruppe bereits eine deutliche Verschlechterung im Erfolg der Umsetzung von Bewegungsvorsätzen. Das Minimalziel, dreimal in der Woche mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität in den Alltag einzubauen, wird in der ersten Woche zu Hause von fast allen (95 %) erreicht, in der vierten Woche reduziert sich der Anteil auf 65 %. Dies spiegelt sich im selbst beurteilten Umsetzungsgrad der eigenen Vorsätze (voll, teilweise, gar nicht) wider. Der Anteil „voll umgesetzter“ Vorsätze sinkt innerhalb von 4 Wochen von 52 % auf 39 %, der Anteil „gar nicht umgesetzter“ Vorsätze steigt von 4 % auf 17 %.

Als hilfreich bei der Umsetzung der Bewegungsvorsätze werden bspw. genannt:

„meine Frau und Kinder“, „der eiserne Wille“, „Schmerzfreiheit“, „gutes Wetter“, „gute Zeiteinteilung“, „gutes Körpergefühl“

Als Gründe für das Scheitern der Umsetzung werden u.a. angegeben:

„lange Arbeitszeit“, „starke berufliche Belastung“, „zeitliche Probleme“, „Pflege der Schwiegermutter“, „der Geist ist willig, das Fleisch ist schwach“, „Magen-Darm-Gruppe“, „Erkältung“, „Verwandtenbesuch“, „Schichtdienst“, „Fitness-Studio im Umbau“

4. Diskussion und Ausblick

Die Beteiligung der angesprochenen Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein bei der Ausarbeitung eines Nachsorgeplans mit dem Ziel der Sicherung eines langfristigen Reha-Erfolges kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. 11 der 19 angesprochenen Einrichtungen beteiligten sich während der Projektlaufzeit aktiv an den verschiedenen Gesprächsrunden. Die Diskutanten zeigten dabei eine hohe Sensibilisierung für das Thema. Die Bereitschaft, auch grundlegende Einstellungen im Verhältnis zu den Rehabilitanden zu hinterfragen und zu ändern, war groß.

Es herrschte Einigkeit darüber, dass die Verantwortung für den Patienten nicht mit der Entlassung enden sollte, die praktische Umsetzung einer Betreuung in den Wochen und Monaten nach der Rehabilitationsmaßnahme wurde allerdings kontrovers diskutiert. Wenige Kliniken sahen sich aktuell ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung in der Lage, den skizzierten Nachsorgeplan zu realisieren.

Seine teilweise Umsetzung im Rahmen der Pilotphase erbrachte Ergebnisse, die die Dringlichkeit der geplanten Unterstützung der Eigenverantwortung des Patienten unterstreichen: Bereits während der Rehabilitationsmaßnahme benötigen die Patienten Hilfestellung bei der konkreten Planung der Einbettung körperlicher Aktivitäten in den Alltag. Von Seiten der Rehabilitationseinrichtung sollten Recherchen mit Hilfe des Internets (Angebote der heimatischen Sportvereine, Bewegungsangebote Krankenkasse etc.) ermöglicht werden. Dies wurde im Rahmen der Pilotphase nur beschränkt verwirklicht und spiegelt sich in den Schwierigkeiten bei der Bearbeitung der dritten Aufgabe im Heft „Bewegte Reha“ wider.

Eine Betreuung von Seiten der Klinik im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme mit Hilfe der entwickelten Patientenheftchen erwies sich als umsetzbar. Dass dabei in der Pilotphase Mitarbeiter ganz unterschiedlicher Professionen die Organisation und Durchführung dieser Betreuung als „Nachsorgebeauftragter“ übernahmen, weist darauf hin, wie schwierig es für die Rehabilitationseinrichtungen ist hierfür zeitliche Ressourcen bereitzustellen.

Zwei Drittel der Rehabilitanden gab nach einmaliger Erinnerung Auskunft über den Verlauf der Bemühungen, in ihrem Alltag mehr körperliche Aktivitäten umzusetzen. Der Inhalt der an die Rehabilitationseinrichtung zurückgeschickten Heftchen lässt erkennen, dass unter den Respondern etwa ein Drittel Schwierigkeiten hat, der Empfehlung „3 mal 30 Minuten pro Woche“ nachzukommen. Hier sehen wir Ansatzpunkte für eine individuelle unterstützende Kontaktaufnahme. Die übrigen „erfolgreichen“ Patienten sollten ein ermutigendes, verstärkendes Schreiben erhalten.

Negative Rückmeldungen zum Material von Seiten der Kliniken gab es einzig bezüglich der Selbstverpflichtung. Dieses Instrument sollte daher ersetzt werden. Eine Alternative sehen wir in einer Variante der Methode „Brief an sich selbst“ (vgl. Ehlebracht-König & Böisch

2004). Dieser könnte gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Gruppentreffens durchgeführt werden. Ähnlich wie in der Selbstverpflichtung formulieren dabei die Patienten Vorsätze für die Zeit nach der Rehabilitation und schreiben diese in einem Brief an sich selbst nieder. Eine Kopie des Schreibens wird nach einigen Wochen an die Patienten geschickt.

Die Ergebnisse der Pilotphase lassen uns folgendes Fazit ziehen: Der erarbeitete Nachsorgeplan erweist sich prinzipiell als machbar. Die erkennbaren Schwächen in der Umsetzung machen deutlich, dass es wichtig ist, für das Vorhaben einen Hauptverantwortlichen mit ausreichend zeitlichem Budget einzuplanen.

Ermutigt vom positiven Verlauf des beschriebenen Projektes wurde in Absprache mit den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen ein BMBF-Antrag im Rahmen der Fördermaßnahme zur versorgungsnahen Forschung unter dem Leitthema "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" gestellt. Der Fokus dieser Fördermaßnahme liegt auf der Stärkung der „langfristigen Wirksamkeit der Versorgungsleistungen durch Einbezug und aktive Beteiligung chronisch kranker Menschen in ihre Versorgung“ und beschreibt damit ein Hauptziel des entwickelten Nachsorgekonzeptes.

Mit dem beantragten Vorhaben sollen die Effekte des Nachsorgekonzeptes bei Rehabilitanden mit cRS evaluiert werden. Für die beteiligten Kliniken wurden finanzielle Mittel für die Einstellung einer „Study Nurse“ als Nachsorgebeauftragter beantragt.

Wir erwarten, dass das neue Nachsorgekonzept die bekannte Abschwächung erzielter Reha-Effekte im Jahr nach der Rehabilitation erfolgreich verhindern kann. Die Kernhypothesen lauten: (1) Eine Teilnahme am neuen Nachsorgekonzept (IG) führt 12 Monate nach Reha-Ende zu klinisch relevanten positiven Effekten ($ES \geq 0.50$) im Parameter „Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe“. In der Vergleichsgruppe (KG) ähnelt das Ausmaß der Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe dem Zustand vor Reha-Beginn ($ES < 0.2$). (2) In der IG zeigt sich im Unterschied zur KG eine Verbesserung in Parametern der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (wie z.B. Vitalität, psychisches Wohlbefinden) ein Jahr nach Reha-Ende. (3) Teilnehmer der IG zeigen im Unterschied zu Teilnehmern der KG im Jahr nach der Rehabilitation ein stärkeres Ausmaß an körperlicher Aktivität und (4) Teilnehmer der IG haben im Unterschied zu Teilnehmern der KG im Jahr nach der Rehabilitation häufiger eigeninitiativ an Gesundheitskursen, Sportprogrammen oder Fitnesstrainings teilgenommen.

Sollte sich in der beantragten Evaluationsstudie die Erwartung einer dadurch erreichbaren größeren Effektivität bestätigen, wäre eine Ausweitung des Modells auf andere Indikationen, Reha-Kliniken und Regionen denkbar. Personelle und strukturelle Anforderungen müssen mit den Rentenversicherungsträgern diskutiert werden.

5. Literatur

Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F et al. European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain.
http://www.backpainurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf

AOK Bundesverband. Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Alter, Dauer, Krankheitsarten. Bonn: AOK, 2004.

Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M. Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2000; 43: 424-31.

Deck R, Raspe H. Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung. Jacobs Verlag: Lage 2004, 55-69.

Deck R, Raspe H. (2004): Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Jacobs, Lage, 55-69.

Egelkraut, W. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation – „Begriffe und sozialrechtliche Aspekte“. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Jacobs, Lage, 29-38.

Ehlebracht-König I, Bönisch A. Fraktionierte Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge, Bedarf und Umsetzung. Jacobs Verlag: Lage 2004, 29-38.

Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analysis review. Pain 1992;49:221-30.

Forzyce WE. Back pain in the workplace. IASP Press, Seattle 1995.

Gerdes N, Bührlen B, Lichtenberg S, Jäckel WH. Rehabilitationsnachsorge: Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzungen. Band 10 Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin. S.Roderer Verlag: Regensburg 2005.

Grosch, E. (2004): Nachsorgebedarf aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers. In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Jacobs, Lage, 17-27.

Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. British Medical Journal 2001;322:1511-6.

Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. Ann. Intern Med. 2005; 142:765-775.

Hüppe A, Raspe H. Konzepte und Modelle zur Chronifizierung von Rückenschmerzen. In: J. Hildebrandt, G. Müller, M. Pflingsten (Hrsg.) Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Urban & Fischer Verlag: München 2006, S.328-340.

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

Hüppe A., Raspe H. Zur Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Rehabilitation 2005; 44: 24-33.

Hüppe A, Müller K, Raspe H. Is the occurrence of back pain in Germany decreasing? Two regional postal surveys a decade apart. European Journal of Public Health. September 23, 2006, doi:10.1093/eurpub/ckl231

Kohlmann T, Schmidt CO. Epidemiologie des Rückenschmerzes. In: J. Hildebrandt, G. Müller, M. Pflingsten (Hrsg.) Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Urban & Fischer Verlag: München 2006, S.3-13.

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

Köpke KH. Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussbericht. LVA Schleswig-Holstein, Lübeck 2004.

Mensink G. Bundesgesundheitsurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin 2003.

Neuhauser H, Ellert U, Ziese T. Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. Gesundheitswesen 2005; 67: 685-693.

Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273: 402-407.

Rainville J, Hartigan C, Martinez E, Limke J, Jouve C, Finno M. Exercise as a treatment for chronic low back pain. The Spine Journal 4 (2004), 106-115.

Raspe H, Hüppe A, Matthis C. Theorien und Modelle der Chronifizierung: Auf dem Weg zu einer erweiterten Definition chronischer Rückenschmerzen. Schmerz 2003; 17:359-366.

Raspe H. Back Pain. In: Silman AJ, Hochberg MC, eds. *Epidemiology of the Rheumatic Diseases*. 2nd. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001:309-338.

Tulder MW van, Ostelo R, Vlaeyen JWS, et al. Behavioral treatment for chronic low back pain - a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine 2000b;25 (20): 2688-2699.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004. Berlin 2005

Waddell G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

Kurzfragebogen zur Praxis der Nachsorgeempfehlungen

1. Wird ein standardisiertes Vorgehen für Nachsorgeempfehlungen angewandt?

2. Werden die Nachsorgeempfehlungen schriftlich und/oder mündlich gegeben?

3. Wird dabei ein Leitfaden benutzt?

4. Welche Materialien, Unterlagen, Dokumente kommen zum Einsatz?

5. Welche Empfehlungen werden gegeben?

Anmerkungen:

*Ergebnisprotokoll des 1. Treffens der Projektgruppe zum vffr - Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen Rückenschmerzen (NASO)*

Datum und Ort: 20. April 2005, Institut für Sozialmedizin in Lübeck

Zeit: 15.00 bis 16.30 Uhr

Teilnehmer: Herr Dr. Arit, Frau Dr. Deck, Frau Dr. Hüppe, Fr. Schauer

Ausgangspunkt der Diskussion bildet das Ergebnis der Befragung von 19 Rehaeinrichtungen in Schleswig-Holstein zur Praxis der Nachsorgeempfehlungen an den Kliniken (Partizipationsrate 89 %). Bezüglich der Inhalte der Empfehlungen zur Nachsorge herrscht eine große Übereinstimmung (körperliche Aktivitäten sind das A und O). Es zeigt sich aber, dass in der Regel kein standardisiertes Vorgehen gewählt wird. Die Patienten werden auf die Bedeutung weiterführender Übungen hingewiesen, erhalten zum Teil auch entsprechende schriftliche Erläuterungen und Anleitungen, doch fehlt weitgehend eine konkrete Anbahnung notwendiger Kontakte bzw. eine Einleitung von entsprechenden Aktivitäten. Eine Kontrolle der Umsetzung der Empfehlungen nach der Entlassung des Patienten aus der Rehaklinik erfolgt nicht.

Brainstorming zu alternativem Vorgehen

Neue Prämissen (neues „Credo“):

Ziel der rehabilitativen Maßnahmen ist eine nachhaltige Wirksamkeit von mindestens 12 Monaten. Um dies zu erreichen, müssen Nachsorgemaßnahmen von Anfang an in das Klinikkonzept integriert werden. Die Rehamaßnahme dauert somit nicht nur drei bis vier Wochen, sondern erstreckt sich mindestens über ein ganzes Jahr. Die vom Patienten in Anlehnung an den Nachsorgeplan zu Hause umgesetzten Aktivitäten gehören mit zum Behandlungsprogramm und sollen daher für jeden Patienten entsprechend konkretisiert, eingeleitet und kontrolliert werden.

Auf der Basis der europäischen Leitlinien von 2004 zu „management of chronic non-specific low back pain“ sowie „for prevention in low back pain“ erweist sich körperliche Aktivität (exercise) als zentrales Element in der Behandlung chronischer RS. Weniger Art und Intensität der durchgeführten Bewegungen ist für eine positive Wirkung verantwortlich als vielmehr die Regelmäßigkeit der Durchführung. Entscheidend ist daher die Motivation der Patienten. Bewegungen, die Spaß und Freude bereiten, haben per se eine größere Chance realisiert zu werden. Soziale Kontrolle durch verschiedene Instanzen (Familie, Hausarzt, Betriebsarzt, Rehaeinrichtung) unterstützt ebenfalls die Umsetzung.

Realisierung:

Alle am Rehaprozess beteiligten Gruppen (wie z.B. Arzt, Therapeut, Sozialarbeiter) unterstützen gemeinsam die Vorstellung, dass die aktuelle Reha erst der Beginn einer längerfristigen Maßnahme ist. Bereits bei der Aufnahmeuntersuchung im Rahmen der Zielvereinbarungen weist der Arzt auf die Bedeutung von Eigenaktivitäten im Anschluss an den Klinikaufenthalt bzw. nach Abschluss der ambulanten Rehamaßnahme hin. Neben kurzfristigen Zielen (am Ende der Maßnahme) wird gleich ein längerfristiges Ziel vereinbart (regelmäßige körperliche Aktivität nach 12 Monaten). Der Patient wird an-

gehalten, die folgenden drei Wochen zu nutzen für sich selbst herauszufinden, welche Art von Bewegungsangeboten ihm Spaß machen könnten.

Ebenso wird zu Beginn der Reha beim „Begrüßungstag“ explizit auf die längerfristige Perspektive hingewiesen. Die Durchführung der Nachsorgemaßnahmen im folgenden Jahr gehören unabdingbar mit zum Konzept und gelten als Garanten eines nachhaltigen Rehaerfolges.

Im Rahmen der Durchführung üblicher Behandlungsmodule wie z.B. Rückenschule und Seminare zu Gesundheitsthemen werden den Patienten Hilfestellungen bei der Konkretisierung der Nachsorgemaßnahmen angeboten. Dabei wird wiederholt auf den verlängerten Zeitraum der Rehamaßnahme von einem Jahr hingewiesen. Mit dem Patienten gemeinsam ist zu klären, welche Bewegung Spaß und Freude macht, was vor Ort möglich ist, welche Angebote existieren (Sportverein, Therapiezentren, Selbsthilfegruppen), ob es Alternativen gibt (z.B. ein Hund hält mich auf Trab, Umsteigen vom Auto aufs Rad), welche finanziellen Zuschüsse möglich sind, wo die Hindernisse bei der Umsetzung vorgenommener Aktivitäten liegen... (entsprechende Materialien werden von der NASO-Gruppe angeboten).

Auch der Abbau von unrealistischen Ängsten vor „falschen“ Bewegungen ist zu leisten.

Im Abschlussgespräch erhält jeder Patient einen persönlichen Nachsorgeplan, der mit ihm gemeinsam ausgefüllt wird. In Absprache mit dem Patienten wird er auch an den Hausarzt und Betriebsarzt geschickt. Ein Exemplar richtet sich an Familienangehörige. (Vorschläge von NASO zu entwickeln).

Der Patient erhält weiterhin kurze Rückmeldebögen (Vorschlag von NASO zu entwickeln), die er vierteljährlich (?) an die Rehaeinrichtung zurücksenden soll und die Auskunft über den Stand der Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen geben. Erfolgt diese Rückmeldung nicht, wird er telefonisch kontaktiert und befragt.

Offene Fragen:

Wer in der Rehaeinrichtung kann mit der „Mehrarbeit“ (z.B. telefonische Kontaktaufnahme, Beratungsgespräch) belastet werden?

Gibt es für die Kliniken dafür einen finanziellen Benefit?

Lassen sich die Servicestellen in die Betreuung (Controlling) der Nachsorgemaßnahmen einbinden?

Ist es möglich dem Rehabilitanden eine Liste von Angeboten vor Ort bereitzustellen (Serviceleistung einkaufen?)

Gibt es Ansprechpartner in der jeweiligen Krankenkasse, die Hilfen bei der Auswahl von Bewegungsangeboten geben können?

Ist ein Check up z.B. durch den Hausarzt denkbar, der darauf fokussiert, dass der Nachsorgeplan umgesetzt wird? (Dabei sollte es sich nur um ein kurzes Gespräch handeln, das dem Hausarzt einen „Brotpatienten“ zuführt.)

Weiteres Vorgehen:

Die vierköpfige Projektgruppe trifft sich erneut am 8. Juni 2005 um 15 Uhr am Institut für Sozialmedizin. Im Vordergrund steht dann die Vorbereitung eines Round Table Gesprächs mit interessierten Vertretern der Rehaeinrichtungen.

*Ergebnisprotokoll des 2. Treffens der Projektgruppe zum vffr - Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen Rückenschmerzen (NASO)*

Datum und Ort: 08. Juni 2005, Institut für Sozialmedizin in Lübeck

Zeit: 15.00 bis 16.30 Uhr

Teilnehmer: Herr Dr. Arlt, Frau Dr. Deck, Frau Dr. Hüppe, Fr. Schauer

Herr Arlt berichtet von Reaktionen der Klinikkollegen auf die Inhalten des geplanten „neuen“ Nachsorgekonzeptes und stellt ein Gesprächsprotokoll zur Verfügung.

Von den diskutierten Aspekten werden folgende hervorgehoben:

Eine Mitarbeiterschulung zu den Inhalten des „neuen Credos“ ist unverzichtbar, damit gewährleistet ist, dass alle am Rehaprozess Beteiligten dem Patienten gegenüber eine gleichsinnige Botschaft vermitteln. Dazu muss aber zuerst die Klinikleitung überzeugt werden.

Besonders wünschenswert wäre es, wenn es der Rehaeinrichtung gelänge, eine „Nachsorgebeauftragte“ zu bestimmen, die als Anlaufstelle und Kontaktperson fungieren sowie die Organisation der Nachbetreuung (Verschicken eines kurzen Fragebogen, Email- /Telefonkontakt) übernehmen könnte. Möglicherweise findet sich solche „man power“ im Bereich des Sozialdienstes.

Weitere Konkretisierung der Umsetzung

- zum Inhalt der Nachsorgeempfehlungen:

die Konzentration auf Steigerung körperlicher Aktivität lässt sich mit der vorliegenden Evidenz aus der Forschung begründen.

- zur Erstellung unterstützender Materialien:

A) Bereits zu Rehabeginn (Eingangsgespräch) wird ein **PATIENTENHEFT** ausgegeben, das über die Bedeutung der Zeit nach der Reha informiert und dem Patienten für die kommenden 3 bis 4 Wochen Aufgaben stellt:

5. Selbstbeobachtung: Welche Bewegungsangebote in der Klinik machen mir Spaß, welche nicht, warum nicht?
6. Was für weitere geeignete Bewegungsangebote gibt es, die ich gerne einmal ausprobieren würde? (Angebotsliste) Hinweis auf die Möglichkeit sich mit den Mitrehabilitanden auszutauschen.
7. Wie sieht das aktuelle Angebot an meinem Heimatort aus (Recherche mit Hilfe des Internets und einer entsprechenden LINK-Liste, Einbezug der Angehörigen ...)
8. Vorbereitungen für den individuellen Nachsorgeplans (der im Abschlussgespräch erstellt wird) durch Konkretisierung: Welche körperlichen Aktivitäten werde ich, wann und wo aufnehmen?

B) **INFORMATIONSBLÄTTER** für soziale Unterstützer (Familienangehörige/Freunde, Hausärzte, Betriebsärzte) mit der Bitte um Hilfe und möglichst konkreten Tipps, wie geholfen werden kann.

C) MATERIALBOX für Klinikpersonal (als Angebot zu verstehen), enthält neben einschlägigen Fachartikeln zur wissenschaftlichen Fundierung (z.B. zum TTM-Modell, zu Back Pain Mythen) auch Patienten taugliches Schulungsmaterial in Form von Folien.

D) KURZFRAGEBOGEN für die vierteljährliche Kontaktaufnahme der Klinik mit dem Patienten (zugleich tauglich für Qualitätskontrolle)

E) NACHSORGEPASS und PATIENTENVERTRAG für das Abschlussgespräch

F) ggf. TELEFONLEITFADEN für „unterstützende“ Anrufe

G) AKTIONSLOGO soll Bewegungs- und Zeitaspekt (12 Monate) deutlich machen.

Planung von Expertengesprächen (ROUND TABLE)

Zum ersten Expertengespräch werden alle 17 Ansprechpartner der erfolgreich kontaktierten Rehaeinrichtungen angeschrieben. Ziel ist die Information der Klinikleitung und die Diskussion mit ihr über das Nachsorgeprojekt (Credo, Umsetzungsvorschläge). Ohne ihr wohlwollendes JA ist eine Umsetzung nicht realisierbar.

In der neuen Konzeption lassen sich durchaus Chancen für die Kliniken sehen: so ergibt sich durch die Rückmeldungen Gelegenheit, sich beim Patienten in Erinnerung zu rufen (Patientenbindung). Für die Nutzung ggf. bestehender ambulanter Angebote einer Einrichtung kann geworben werden.

IDEE: Als zusätzliche Motivation könnte an die Auslobung eines Preises gedacht werden: prämiert werden Kliniken mit der besten Patienten-Compliance.

Eingeladen wird an das Institut für Sozialmedizin am Mittwoch, den 17. August, um 14 Uhr, das Projekt wird präsentiert, anschließend Diskussion.

Für leitende Therapeuten und weiteres Personal der Rehaeinrichtungen, die Interesse bekunden, ist in zeitlicher Nähe ein zweiter Round Table geplant (September). Diese Gruppe trägt im eigentlichen Sinne die Umsetzung der Projektes, ohne ihre Unterstützung läuft nichts.

Kooperationen

Betrieb: Frau Schauer übernimmt Information der Betriebsärzte über das geplante Projekt.

Über Fr. Glaser-Möller soll Kontakt zu den Servicestellen hergestellt werden.

*Ergebnisprotokoll des 1. Expertentreffens zum vffr - Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen Rückenschmerzen (NASO)*

Datum und Ort: 24. August 2005, Institut für Sozialmedizin in Lübeck

Zeit: 14.00 bis 16.20 Uhr

Teilnehmer: Dr. Bruhn (Rehazentrum Westküste, Husum), Dr. Hinkelmann (Rehaklinik Damp), Dr. Korth (Nordsee Rehaklinik St. Peter Ording), Dr. Kretschmer (Asklepios Schwartau), Dr. Nagel (Fachklinik Aukrug), Hr. Olivet (Rehazentrum Westküste, Husum), Dr. Oltmanns (Ostseeklinik Schönberg-Holm), Rückert (Rehaklinik Damp), Dr. Sand (Klinikum Neustadt), Dr. Schmidt (Nordsee Rehaklinik II, St. Peter Ording)

vom Projektteam: Herr Dr. Arit (Rheumaklinik Bad Bramstedt), Frau Dr. Deck (IfSM), Frau Dr. Hüppe (IfSM)

Entschuldigt: Dr. Fortmann (Klinikum Holsteinsche Schweiz), Dr. Frecks (Klinik Buchenholm, Bad Malente), Dr. Grund (Klinik Westfalen, Föhr), Dr. Huttegger (Reha-Zentrum Nord), Dr. Stuhlmann (Rehaklinik Schloss Schönhagen), Dr. Schübeler (Sport Reha Kiel)

Ablauf: Begrüßung, Kurzvortrag zum bisherigen Projektverlauf und zu den Vorschlägen der Projektgruppe, Diskussion der Experten

Diskussionsschwerpunkte:

Zur aktuellen Situation der Rehabilitation chronischer RS:

Es wird Handlungsbedarf gesehen, dokumentierbare Effekte müssen erzielt werden, doch ist die Ausgangslage aus verschiedenen Gründen als schwierig zu bezeichnen:

Die Klientel setzt sich aus einer heterogenen Gruppe mit jahrelanger Schmerzproblematik zusammen, die durch ein hohes Maß an Passivität gekennzeichnet ist. Ihre bisherigen Erfahrungen mit medizinischen Einrichtungen sind zudem mehrheitlich kurativ verstärkend; der Patient erlebt sich als behandlungsbedürftig. Dies ist auch darin begründet, dass ihm gegenüber immer wieder von „schwerem Verschleiß“ gesprochen wird. Der medizinische Ansatz ist insgesamt zu stark defizit- und zu wenig ressourcenorientiert. Teilweise ist auch die Physiotherapie und Krankengymnastik auf die Defizite fixiert. Am Ende der Rehamaßnahme werden die Patienten in der Regel „als Patienten“ entlassen und bleiben auch weiterhin Patienten. Die Zusammenarbeit mit den medizinischen Kollegen in der Praxis ist häufig unzureichend, es zeigt sich hier auch die Problematik in den unterschiedlichen Ansätze von Akutmedizin und Rehamedizin.

Zur Diskussion des „Neuen Credo“

Versuche den Zeitraum der Nachsorge auszuweiten bestehen bereits, so läuft IRENA über 8 Wochen, das MTT-Programm der LVA über 6 Monate. Eine weitere zeitliche Ausweitung auf 12 Monate wird als sinnvoll angesehen.

Der Grundstock für eine erfolgreiche Nachsorge ist bereits am Anfang der Rehamaßnahme zu legen. Wichtig ist dabei die Änderung des Blickwinkels, alle Beteiligten sollten sich weniger kurativ verhalten. Es geht darum, die Patienten zur Selbstständigkeit/Unabhängigkeit zu befähigen. Dazu müssen sie

aus ihrer Passivität herausgeholt werden, eine Aufgabe, die sich vor allem auch den Therapeuten stellt.

Das Bild einer RehaMaßnahme als Schule wird vorgeschlagen: in den ersten 3-4 Wochen wird in der Rehaeinrichtung unter Anleitung gelernt, den Patienten werden gangbare Wege aufgezeigt, die Therapeuten coachen ihn und nehmen ihn ein Stück des Weges an die Hand. Doch das Ziel ist, dass er dazu motiviert und befähigt wird, alleine weiter zu laufen.

Es wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die Umsetzung eines „neuen Credos“ mit Kosten verbunden ist. Eine von Seiten der Kliniken initiierte und kontrollierte Nachsorge sollte daher finanziell von Seiten der Kostenträger vergütet werden.

Wie kann ein neues Nachsorgeangebot aussehen? Wie sind die Patienten zu einer aktiven Nachsorgebeteiligung zu bewegen?

Motivation ist das A und O. Die gemeinsame Ideensammlung erbrachte folgende Ergebnisse:

- finanzielle Anreize (Rückerstattung von zuvor einbezahlten Beträgen bei Zielerreichung?),
- Einführung eines Bonusprogramms, z.B. Bewegungstagebuch führen lassen als Selbstkontrollinstrument (Protokoll der eigenen körperlichen Aktivitäten), anhand des Tagebuch kann man Punkte sammeln, die wöchentlich/monatlich aufsummiert werden (ähnlich wie aktuell in der AOK Aktion „mit dem Rad zur Arbeit“)
- Angebot eines Check up in der Klinik nach 12 Monaten
- verstärkte Einbeziehung der Patienten (Motto „Mach selber“)
- Unterstützung der niedergelassenen Ärzte ist sicherzustellen, sie sollten keine kontraproduktiven Ratschläge abgeben
- konkrete Maßnahmen werden ausgemacht und in den „Vertrag“ aufgenommen.
- die Auswahl der Bewegungsaktivitäten berücksichtigt den Spaßfaktor
- jeder Patient sollte darüber informiert sein, welche ambulanten Zentren es bei ihm zu hause / in seiner Region gibt und welche weiteren Bewegungsangebote bestehen (von Seiten der Krankenkasse, von Seiten der Sportvereine, VHS)
- eine Überwachung der vereinbarten Nachsorgeaktivitäten ist zu gewährleisten. Verschiedene „Kontrollmöglichkeiten“ sind denkbar: telefonische Kontakte, Kontakt über Email oder Brief (je nach Präferenz des Patienten) oder im Wechsel
- Brief an sich selbst schreiben zum Thema „Was nehme ich mir vor“ (wird 3 Monate nach Rehaende, vor erster Kontaktierung zugesandt)

Die Experten bevorzugen es, dass das Nachsorgeprogramm nicht von extern (z.B. Servicestellen), sondern aus der Klinik heraus begleitet werden sollte (Patientenbindung).

Wie sieht der weitere Projektverlauf aus?

Die Experten erklären sich zu einem weiteren Treffen bereit. Es herrscht Einigkeit darüber, dass man wahrscheinlich in Vorleistungen gehen müssen, um dem Kostenträger die Effektivität eines neuen Nachsorgekonzeptes belegen zu können. Die Projektgruppe wird in den folgenden Wochen das Nachsorgekonzept konkretisieren und es dann erneut zur Diskussion stellen.

*Ergebnisprotokoll des 3. Treffens der Projektgruppe zum vffr-Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen RS (NASO)*

Datum und Ort: am 18.10.2005 im Institut für Sozialmedizin Lübeck

Zeit: 15.00 bis 16.30

Teilnehmer: Dr. Arlt, Dr. Deck, Dr. Hüppe, Fr. Schauer

Auf der Tagesordnung stand neben der Nachbesprechung der Expertenrunde am 24. August die Planung und Konkretisierung der nächsten Projektschritte.

Abweichend vom Wunsch der Expertenrunde nach einem 2. Treffen im Kreise der Klinikleitung beschließt das Projektteam, zuerst zu einem Round-Table-Gespräch der Therapeuten einzuladen. Alle Kliniken, die am Expertentreff teilgenommen bzw. sich entschuldigt haben (10 Kliniken + 6), werden dazu angeschrieben. Die Klinikleitung wird aufgefordert, einen oder zwei Vertreter der Therapeutengruppe in der Klinik (Psychologe, Krankengymnast, Physiotherapeut ...) zur Teilnahme zu motivieren. Eingeladen wird zum 7. Dezember, 14.00 bis 16 Uhr, in das Institut für Sozialmedizin oder ins Schwesterwohnheim am Campus.

Einigkeit herrscht, dass die Projektideen gegen den Widerstand der Therapeutengruppe keine Aussicht auf Umsetzung haben. Eine Diskussion der Inhalte des Projekt-Credos und der Möglichkeiten ihrer Umsetzung mit den Therapeuten ist daher notwendig.

Herr Arlt weist darauf hin, dass jeglicher Eindruck einer Schmälerung der Kompetenz der Therapeuten zu vermeiden sei. Es müsse damit gerechnet werden, dass es ideologische Barrieren zu überwinden gäbe. Überzeugungsarbeit ist zu leisten in folgender Hinsicht: (1) die Patienten müssen ernst genommen werden (2) es ist darauf zu fokussieren, was der Patient noch kann und nicht auf seine Defizite, d.h. statt Verbote, Angebote machen (3) das Gesunde im Patienten ist zu stärken, wobei der Weg, den NASO dabei beschreitet, über die Schiene Bewegung/ körperliche Aktivität geht. Daneben gibt es natürliche noch andere Ansätze, die nicht wegfallen.

Weitere Anregungen zu Projektmaterialien:

- Checkliste Ärzteschaft für das Aufnahmegespräch

Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten, Reha als Schule, Ausweitung der Zeitperspektive auf 12 Monate, Hinweis auf Reha als Erprobungszeit (was tut mir gut, was kann ich beibehalten, fortführen ...)

- Patientenheft „Bewegte Reha“

Einführungsstunde ins Patientenheft; Patient beobachtet und bewertet alle Aktivitäten im Hinblick auf: tut mir gut, macht mir Spaß; Patient recherchiert/überlegt sich, was er zu Hause vor Ort umsetzen kann (dazu auch Einbezug der jeweiligen Krankenkasse).

Es finden Patiententreffs statt, die das Nachsorgeprogramm „Bewegter Alltag“ zum Thema haben (unter Teilnahme eines Therapeuten?), „Sorgensprechstunde“

- „Vertrag“ Arzt-Patient

im Abschlussgespräch vereinbart der Arzt mit dem Patienten konkrete Nachsorgeaktivitäten, die „vertraglich“ festgehalten werden

- Patientenhefte Back Home („der bewegte Alltag“)

insgesamt drei DINA6 Patientenhefte sollen in die Klinik zurückgeschickt werden, das 1. bereits nach dem ersten Monat zuhause; Kontaktaufnahme von Seiten der Klinik erfolgt bei Problemen persönlich (Mail oder Telefon), bei Nonresponse wird ein Standard-Erinnerungsschreiben versandt.

Das 2. Heftchen ist für ein Vierteljahr konzipiert, das 3. Heftchen für ein halbes Jahr.

Die Hefte dienen der Selbst- wie Fremdkontrolle, ob der Patient in Bewegung bleibt.

Zum Aufbau: enthält vorne die getroffenen Vereinbarungen, Selbstverpflichtungen; es folgt ein Tagebuch ähnlicher Teil zur Selbstbeobachtung der körperlichen Aktivitäten, Registrierung und Bewertung; notiert wird zuerst täglich (später wöchentlich?), was man sich vorgenommen hat, welche Belohnung man sich setzt, was man gemacht hat und wie viel Spaß es gemacht hat bzw. warum man die Vorsätze nicht umgesetzt hat

Sonstige Angebote von Seiten der Projektleitung:

Infomaterial für Familienangehörige und „Haus“ärzte

Fr. Dr. Deck setzt sich mit Dr. Träder in Verbindung, um die Einbindung der Hausärzte zu diskutieren (Idee einer Email-Hotline zum Projekt für behandelnde Ärzte interessant?)

Zur ersten Evaluation des vorgeschlagenen Nachsorgekonzeptes „Bewegter Alltag“ (nur ein Vorschlag) wird ein Fragebogen erstellt, der an Teilnahme willige Patienten geschickt wird. Die Erhebungszeitpunkte sind mit den Erhebungen der Qualitätsgemeinschaft abzustimmen (keine Doppelbefragungen). Dr. Arlt klärt, inwieweit eine online Präsentation von Fragebogen und/oder Patientenheftchen Variante „Back Home“ möglich ist.

Potentielle Angebote von Seiten der Klinik:

- Einrichtung einer Mailhotline der Therapeuten für Patientenfragen rund um die Bewegung (z.B. darf ich das Bewegungsangebot XYZ nutzen)
- Infoveranstaltung zum „Bewegten Alltag“ am Ende der Reha mit Einladung an die Partner
- Angebot eines Gesundheits-Check up in der Klinik als Bonus für ausgefüllte Heftchen (Reisekosten sind selbst zu zahlen)

Sonstiges:

- die 18 in SH existierenden Servicestellen werden in den nächsten Wochen kontaktiert und es wird erfragt, inwieweit hier Kapazitäten zur Verfügung stehen, die fürs Projekt genutzt werden könnten, z.B. Hilfe beim Eruiere von Bewegungsangeboten oder Bereithaltung einer Art Kontaktbörse für „bewegte“ Exrehabilitanden.
- für die zweite Runde der Round-Table-Gespräche mit der Klinikleitung ist ein TOP der Austausch darüber, wer in der Klinik welche Tätigkeiten bei der Nachsorge übernehmen kann
- Frau Schauer vertritt das Projekt auf der Ebene der Betriebsärzte, die für die Botschaft „Bewegung tut Not“ zu sensibilisieren sind.

*Ergebnisprotokoll 2. Treffen der Experten zum vffr - Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen Rückenschmerzen (NASO)*

Datum und Ort: 07. Dezember 2005, Haus 73, Campus der Universität zu Lübeck

Zeit: 14.00 bis 16.30 Uhr

Teilnehmer: Hr. v. Bekkum (Bad Bramstedt), Hr. Bielke (Klinikum Holsteinische Schweiz), Fr. China (Klinikum Holsteinische Schweiz), Fr. Fella (Klinik Neustadt), Dr. Fortmann (Klinikum Holsteinische Schweiz), Hr. Frehse (Nordsee-Reha-Klinikum II), Fr. Grunert (Fachklinik Au-krug), Fr. Heinrichs (Rehaklinik Damp), Dr. Höder (Bad Bramstedt), Hr. Maurer (Schönberg Holm), Hr. Meiser (Asklepios Klinik), Hr. Neumann (Ostseeklinik Schönberg Holm), Hr. Olivet (Rehazentrum Westküste), Hr. Ramlow (Klinik Neustadt), Fr. Rave (Fachklinik Aukrug), Fr. Rolles (Klinikum Holsteinische Schweiz, Bad Malente), Fr. Siegmund (Klinik Buchenholm), Fr. Vogt (Nordsee-Reha-Klinikum II)

vom Projektteam: Herr Dr. Arlt (Rheumaklinik Bad Bramstedt), Frau Dr. Deck (IfSM), Frau Dr. Hüppe (IfSM)

entschuldigt: Dr. Grund (Klinik Westfalen, Föhr), Dr. Korth (DRK Nordseeklinik), Hr. Scharnetzki (Schloß Schönhagen), Hr. Wibner (DRK Nordseeklinik)

Ablauf: Begrüßung, Vorstellungsrunde, Kurzvortrag zum Projektstand, Diskussion der Experten, Schlussrunde

Diskussionsschwerpunkte:

Klärungen:

die Finanzierung des Projektes erfolgt durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein vffr, keine Mittel für finanzielle Unterstützung der Kliniken in der Testphase vorgehen

Welche Stärken und welche Risiken lässt das Konzept aus Expertensicht erkennen?

- ⊗ Es besteht die Gefahr, dass man die Rehabilitanden durch die Verlängerung der Reha auf 12 Monate in der Rolle des Patienten festhält. Die Patientenrolle sollen sie ja gerade loswerden, es darf also nicht um eine verlängerte „Behandlung“ gehen. Deshalb Rehabilitanden frühzeitig darauf einstimmen, dass sie Hilfe zur Selbsthilfe erhalten.
- ⊗ Die Umsetzbarkeit des Ansatzes bei stark psychisch belasteten Rehabilitanden (hohe psychische Komorbidität) wird bezweifelt. Es gäbe eine Teilgruppe, „die geht wie sie kommt“.
- ⊗ Das Konzept ist zu wenig prozessorientiert; es berücksichtigt nicht die Möglichkeit, dass durch Rückmeldungen über das weitere Schicksal einzelner Patienten eine Veränderung auf Therapeuten-seite ausgelöst werden könnte, die zu einer Weiterentwicklung des System führen kann.
- ⊙ Die Anbindung an die Klinik über eine längere Zeit nach dem Aufenthalt ist wünschenswert, da sich damit die Chancen erhöhen lassen, dass der in der Rehaeinrichtung angebahnte Weg weiter fortgesetzt wird.
- ⊙ Das Konzept verlangt eine Art Paradigmenwechsel, der als überfällig angesehen wird. Es ist Zeit, dass sich die Reha ändert und zwar weg von ihrem kurativen Ansatz, der auf Defizite fokussiert, weg vom „krank reden“ der Rehabilitanden (alles verschlissen, alles Schrott), weg von einer Verstärkung

ihrer Perspektivlosigkeit hin zu Befähigung und Stärkung, zu Ressourcenorientierung, zum Selbstständig-machen, „Selber machen“, raus aus der Passivrolle, Stärkung der Selbstverantwortung. Dies ist aber nur zu erreichen, wenn alle Beteiligten am Reha-geschehen am selben Strang ziehen, Ärzte und Therapeuten, aber auch das übrige Personal z. B. an der Rezeption.

☺ Freie zeitliche Ressourcen für Telefonkontakte mit säumigen Rehabilitanden werden nicht gesehen. Es ist unklar, wer eine solche Kontrolle aus der Klinik heraus durchführen könnte. Wünschenswert wäre es, wenn es jemand ist, der bereits Kontakt mit dem Patienten aufgebaut hat.

Vorschläge der Experten zur Umsetzung des Konzeptes

- Schulung aller Rehabeteiligten im Hinblick auf das neue Denkkonzept, Teamdiskussionen
- auch die Rehabilitanden müssen weg von ihrem kurativen Denken, das in der Regel ihrer Erwartungshaltung zugrunde liegt. Sie sind von Anfang an in den Prozess einzubeziehen, mit ihnen gemeinsam müssen entsprechende Perspektiven erarbeitet werden
- hilfreich könnten Patientengruppen zum Thema sein z.B. gegenseitiger Austausch und Anregungen, was man für Gesundheitssport machen könnte, welche Bewegungsangebote in Frage kommen
- der Einbezug der Angehörigen könnte auch durch eine Infoveranstaltung erfolgen
- möglicherweise könnte der Betrieb die Bemühungen unterstützen
- eine Behandlung der Betroffenen in festen Gruppen wäre wünschenswert, wenn auch in manchen Einrichtungen wegen zu kleiner Fallzahl schwer realisierbar
- eine Alternative zum Telefonkontakt könnten Kontrolltermine in der Klinik sein, man könnte es den Rehabilitanden auch frei stellen, welche Art der Kontrolle sie gerne hätten: Anruf, Email oder Einbestellung
- in die offiziellen Unterlagen wie den Entlassbericht wird aufgenommen, wann er/sie sich zu melden hat; der Vertrag könnte an den Hausarzt/ behandelnden Arzt geschickt werden (nur mit Zustimmung)
- eine Erhebung der Veränderungsmotivation am Anfang der Rehamassnahme (Prochaska Transtheoretisches Modell) im Hinblick auf Bewegungsaktivität könnte dabei hilfreich sein, die Rehabilitanden da abzuholen wo sie stehen.

Resumee:

Insgesamt findet das Konzept eine breite Zustimmung; die Mehrheit der Anwesenden kann sich vorstellen an einer Testphase teilzunehmen. Die Chancen auf Erfolg werden kontrovers eingeschätzt, das Klientel der Rückenschmerzpatienten gilt als besonders schwierig. Fakt bleibt, dass unabhängig von der Art der gewählten Kontrolle (z.B. schriftlich oder telefonisch) das Fallmanagement (wer hat sich gemeldet, wer nicht, wer muss kontaktiert werden egal wie) zeitlich eingeplant werden muss. Das bedeutet Mehrarbeit. Das Projektteam wird auf seinem nächsten Treffen die Ergebnisse der beiden Expertenrunden in die Entwicklung des Musternachsorgeplans einbeziehen und den weiteren Fortgang des Projektes beraten. Die Experten werden über die weiteren Schritte informiert.

*Ergebnisprotokoll des 4. Treffens der Projektgruppe zum vffr-Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen RS (NASO)*

Datum und Ort: am 18.01.2006 im Institut für Sozialmedizin Lübeck

Zeit: 15.00 bis 16.00

Teilnehmer: Dr. Arlt, Dr. Deck, Dr. Hüppe, Fr. Schauer

Im Mittelpunkt des Treffens stand die Festlegung der Ziele für die letzten 5 Projektmonate (Projektende 30.06.2006) sowie die inhaltliche Ausgestaltung dieser Projektphase.

Ziele:

Es herrscht Einigkeit darüber, dass die bisherige Entwicklung des Projektes mit einer vorgesehenen Begleitung der Rehatelnehmer über 12 Monate - abweichend vom ursprünglichen Projektantrag - keine Erprobungsphase im vollen Umfang einschließen kann. Stattdessen sind in der verbleibenden Zeit folgende Aufgaben zu erledigen:

- a.) Die bislang erstellten Materialien (für die Patienten: 4 Hefte, für Ärzte: Checkliste für Aufnahmegespräch und Abschlussgespräch, Muster für vertragliche Vereinbarung, für alle Mitarbeiter: neues Credo) werden um einen Ablaufplan ergänzt, der so konkret wie möglich beschreibt, welche Schritte bei der Einführung des erarbeiteten Nachsorgekonzeptes „???“ (*es fehlt uns noch ein griffiger Name*) von der Klinik durchzuführen sind (to do Liste). Dabei wird darauf geachtet, dass jeder Klinik genügend Spielraum bleibt (z.B. bei der Entscheidung wer die Aufgabe der Patientenkontakte übernimmt).
- b.) alle Materialien sollen vor der endgültigen Fertigstellung getestet werden (Praktikabilität, Verständlichkeit, Layout). Dazu wird Herr Arlt in der Klinik Bad Bramstedt die Meinung von circa 20 Patienten zu den Patientenheften einholen sowie Rückmeldung von Ärzten und Therapeuten zu den gesamten Materialien einholen. Für diese Testung stehen die Materialien bis Ende Februar überarbeitet zur Verfügung, die Testphase soll spätestens Ende April abgeschlossen sein. Die Materialien erhalten das Logo der Uni Lübeck und (falls gewünscht) mit das Logo der jeweiligen Rehaeinrichtung.
- c.) Alle an den Expertentreffen beteiligten Ärzte und Therapeuten werden über den weiteren Projektverlauf informiert. Es wird ihnen freigestellt, ob sich ihre Klinik an der Testung des Materials beteiligen möchte.
- d.) Zur Einbindung der niedergelassenen Ärzte wird ein kurzes, schnell lesbares Informationsblatt zum neuen Nachsorgekonzept erstellt. Dieses wird dem Patient im Rahmen des Abschlussgespräches in hinreichender Zahl (z.B. für den Hausarzt und/oder Orthopäden) mitgegeben.
- e.) Im Juni wird ein abschließendes, drittes Treffen aller bislang beteiligten Experten stattfinden. Kliniken, die Interesse haben, das neue Nachsorgekonzept zu implementieren, erhalten ausreichend „Startpakete“ mit allen notwendigen Materialien. Die geplante Beantragung eines BMBF-Projektes zur Evaluation des Nachsorgekonzeptes soll diskutiert werden.

Sonstiges: Es wird ein freundlicher Brief an die 18 Servicestellen in S-H aufgesetzt, in dem eruiert wird, ob sich die Servicestellen vorstellen können, sich im Bereich der geplanten nachsorgenden Aktivitäten einzubringen.

Das nächste Treffen der Projektgruppe findet am 19. April um 15 Uhr am IfSM statt.

*Ergebnisprotokoll des 5. Treffens der Projektgruppe zum vffr-Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen RS (NASO)*

Datum und Ort: am 19.04.2006 im Institut für Sozialmedizin Lübeck

Zeit: 14.30 bis 15.30

Teilnehmer: Dr. Arlt, Dr. Deck, Dr. Hüppe, Fr. Schauer

- weiteres Treffen der Experten

Als Termin für ein drittes Expertentreffen für alle am Projekt interessierten Rehaeinrichtungen wurde Mittwoch, der 7. Juni, 13.30 vereinbart. Da sowohl die Klinikleitung wie auch die Therapeutengruppen eingeladen werden, wird das Treffen nicht am IfSM, sondern im Schwesternwohnheim am Campus stattfinden.

- Ziele und Inhalte des dritten Expertentreffens

Der aktuelle Stand des Nachsorgekonzeptes wird vorgestellt. Es wird darüber informiert, welche Schritte eine Rehaeinrichtung unternehmen muss, wenn sie sich an der Pilotphase beteiligen will: das Procedere wird anhand der „To- Do-Liste“ vorgestellt. Schwierigkeiten bei der Umsetzung (z.B. wer übernimmt die Verantwortung innerhalb der Klinik?) werden gemeinsam diskutiert, nach Lösungen gesucht. Es wird vorgegeben, dass teilnehmende Einrichtungen 20 Rehabilitanden rekrutieren und im Sinne des Konzeptes betreuen sollten. Die dafür notwendigen Materialien werden bereitgestellt. Das IfSM bietet während der Probephase eine Hotline an, um die beteiligten Therapeuten zu unterstützen. Gegen Ende des Jahres, d.h. nach dem Einsatz des 1. und 2. Bewegungstagebuches, werden die beteiligten Kliniken zu ihren Erfahrungen im Hinblick auf die Umsetzbarkeit befragt. Während dieser Pilotphase werden keine Wirksamkeitsparameter erhoben.

Mit allen anwesenden Rehaeinrichtungen wird das Interesse an einer Weiterführung der Kooperation im Hinblick auf eine breitere Umsetzung des Konzeptes im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes besprochen.

- Feed-Back aus der Klinik Bad Bramstedt

Herr Arlt berichtet von Rückmeldungen der Kollegen zu den Materialien: es wird vorgeschlagen für die Rehabilitanden während der Reha ein begleitendes Seminar anzubieten, um „mentale Überforderungen“ bei der Lösung der Aufgaben zu vermeiden. Nach wie vor gilt als kritischer Punkt, wer in der Klinik die Rolle des „Case Manager“ übernimmt. Die Rehabilitanden, denen die 4 Patientenhefte vorgelegt wurden, berichteten keine Probleme im Hinblick auf Verständlichkeit und Akzeptanz.

- Einbezug weiterer Kliniken

Zusammen mit der Einladung zum 3. Expertentreffen werden jetzt auch den anderen Kliniken die Materialien zugesandt mit der Bitte selbst Rückmeldung zu geben sowie 1-2 Rehabilitanden einzubeziehen. Um Rückmeldung innerhalb von 14 Tagen wird gebeten, um Änderungswünsche vor dem 3. Expertentreffen einbeziehen zu können.

*Ergebnisprotokoll 3. Treffen der Experten zum vffr - Projekt
Entwicklung eines Nachsorgeplans für Rehabilitanden
mit chronischen Rückenschmerzen (NASO)*

Datum und Ort: 06. Juni 2006, Haus 73, Campus der Universität zu Lübeck

Zeit: 13.30 bis 15.30 Uhr

Teilnehmer: Herr van Bekkum (Bad Bramstedt), Herr Bielke (Klinikum Holsteinische Schweiz), Herr Frehse (Nordsee-Reha-Klinikum II), Herr Dr. Frercks (Klinik Buchenholm), Herr Dr. Grund (Klinik Westfalen, Föhr), Dr. Kretschmer (Asklepios Klinik Bad Schwartau), Herr Dr. Lepthin (Fachklinik Aukrug), Herr Meiser (Asklepios Klinik Bad Schwartau), Herr Dr. Rückert (Rehaklinik Damp), Herr Dr. Schübeler (Sport-Reha.Kiel), Herr Dr. Stuhlmann (Reha-Klinik Schloss Schönhagen), Frau Vogt (Nordsee-Reha-Klinikum II), Herr Wiebner (Nordsee Rehaklinik St. Peter Ording).

Entschuldigt: Herr Dr. Bruhn, Herr Olivet (Reha-Zentrum Westküste GbR); Herr Dr. Fortmann, Frau Heinrichs, Frau China, Frau Rolles, (Klinikum Hostenische Schweiz); Herr Dr. Dehler (Nordsee Reha-Klinikum II, St. Peter-Ording); Herr Dr. Sand, Frau Fella, Herr Ramlow, (Klinikum Neustadt); Herr Dr. Hinkelmann (Reha-Klinik Damp), Herr Dr. Höder (Rheumaklinik Bad Bramstedt), Herr Dr. Korth (DRK-Nordsee-Reha-Klinik, St. Peter-Ording); Herr Dr. Nagel, Frau Grunert, Frau Rave (Fachklinik Aukrug); Herr Scharnetzki (Rehaklinik Schloß Schönhagen); Frau Siegmund (Klinik Buchenholm).

vom Projektteam: Herr Dr. Art (Rheumaklinik Bad Bramstedt), Frau Dr. Deck (IfSM), Frau Dr. Hüppe (IfSM)

Ablauf: Begrüßung, Vorstellungsrunde, Besprechung der Tagesordnungspunkte

Tagesordnungspunkte:

TOP 1: Rückmeldung zu den ausgegebenen Materialien:

Dr. Art berichtet kurz von Rückmeldungen der Ärzte und Therapeuten in der Rheumaklinik Bad Bramstedt, anschließend äußern sich die Anwesenden.

Der als Bonus am Ende des Patientenheftes „Bewegte Reha“ angesprochene Gesundheitscheck in der Rehaklinik wird hinterfragt, da die Reisekosten für die teilweise weit entfernt wohnenden Rehabilitanden von diesen selbst finanziert werden müssten. Alternativ könnte ein Gesundheitscheck bei einem niedergelassenen Arzt in Aussicht gestellt werden, wenn eine entsprechende Einbindung der Krankenkassen in das Nachsorgeprojekt gelänge. Die Frage nach einem geeigneten Bonus bleibt offen, für die Pilotphase wird der Gesundheitscheck aus den Heftchen gestrichen.

Ergänzt bzw. abgeändert werden sollte der Abschnitt zu Gesundheitssportarten: schnelles spazieren gehen (Walken) statt spazieren gehen; Tai Chi / Qi-Gong statt Tai Chi; Ballspiele statt Fußball und Tennis; Streichung der Klammer im letzten Absatz.

Um mentale Überforderungen beim Umgang mit dem Patientenheft zu vermeiden, sollte eine definierte Bezugsperson für Fragen in der Rehaeinrichtung benannt werden, ein begleitendes „Seminar“ (Vorschlag „Blaue Stunde“ passend zum blauen Patientenheft) könnte hilfreich sein.

Statt Nachsorgevertrag wird die Bezeichnung „Selbstverpflichtung“ gewählt.

TOP 2 :Planung der Pilotphase

Die Pilotphase ist geplant für den Zeitraum Anfang Juli bis Ende September. In dieser Zeitspanne sollen die beteiligten Kliniken je 20 Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen konsekutiv rekrutieren. Eingesetzt werden alle entwickelten Materialien. Zwar werden alle 4 Patientenheftchen ausgegeben, im Vordergrund steht jedoch die Erprobung der beiden ersten Heftchen (Bewegte Reha sowie Bewegungstagebuch 1 - die ersten 4 Wochen zu Hause).

Als Einschlusskriterien wurden festgelegt: Alter von maximal 60 Jahre, berufstätig, Rückenschmerz im Vordergrund stehendes Hauptleiden; Ausschlusskriterium: Rückenoperation in den letzten 6 Monaten.

Folgende Daten der eingeschlossenen Patienten werden dokumentiert: Alter und Geschlecht sowie die Arbeitsfähigkeit, Tagebuch zurückgeschickt, mit oder ohne Erinnerung, Hotline genutzt ja/nein.

Die beteiligten Kliniken erhalten vom IfSM die Materialien für die 20 Rehabilitanden einschließlich 20 frankierter Umschläge (C5) für die Rücksendung des Bewegungstagebuches 1 an die Klinik.

Es ist der Klinik freigestellt, wie sie säumige Rehabilitanden erinnert (telefonisch, per E-Mail oder mit einem Erinnerungsschreiben).

Der Schwerpunkt der Pilotphase liegt nicht auf der Prüfung der Wirksamkeit, sondern auf der Prüfung der Feasibility (Machbarkeit). Gelingt es den Kliniken das neue Credo zu vermitteln? Ziehen alle an einem Strang? Wie wird im Klinikalltag die Betreuung der Rehabilitanden umgesetzt (Betreuung der Hotline, Pflege der Tagebuchdatei)? Wie viele Rehabilitanden nutzen in den ersten 4 Wochen zu Hause die Hotline? Wie viele schicken ohne Nachfragen das Tagebuch zurück? Wie viele müssen erinnert werden? Auf welche Weise und mit welchem Erfolg geschieht dies? ...

Die verschiedenen Schritte zur Einführung des Nachsorgekonzeptes für die Durchführung der Pilotphase sind auf einer „To Do Liste“ werden vorgestellt (siehe Handout). Im Anschluss an die Diskussion geben folgende Kliniken ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Pilotphase bekannt: Nordsee Reha-Klinikum II, Klinik Buchenholm, Reha-Klinik Damp, Asklepios Klinik Bad Schwartau, Fachklinik Aukrug, Sport Reha Kiel, Rheumaklinik Bad Bramstedt.

Noch offen ist die Teilnahme der Kliniken Rehaklinik Schloss Schönhagen sowie der DRK- Nordsee-Rehaklinik. Nicht vertretene Kliniken, die bislang im Projekt mitgearbeitet haben, können sich nach Zusendung des Protokolls noch für eine Teilnahme an der Pilotphase entscheiden.

Die Auswertung der Pilotphase erfolgt durch das IfSM, Ziel ist die Optimierung des Nachsorgekonzeptes.

TOP 3: Antragstellung im Rahmen des BMBF Förderschwerpunktes

Frau Deck stellt kurz die für den Herbst geplante Beteiligung an der BMBF-Ausschreibung „Versorgungsforschung“ mit Schwerpunkt Patientenorientierung und chronische Krankheiten“ vor. Es ist vor-

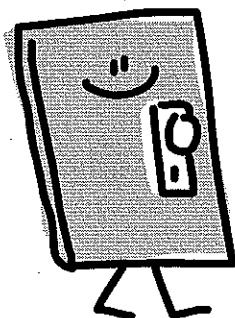
gesehen, das Nachsorgekonzept zu evaluieren. Dabei sollen für kooperierende Kliniken Fördermittel beantragt werden. Sobald weitere Informationen zu dem genannten Förderschwerpunkt vorliegen, wird sich das IfSM an die an der Entwicklung des Musternachsorgeplans beteiligten Kliniken wenden.

Varia:

Angeregt wird die Einrichtung eines Mailverteilers der an der Pilotphase beteiligten Kliniken für einen Erfahrungsaustausch.

TO DO LISTE für KLINIKEN während der Erprobung des Muster-Nachsorgeplans

- Infoveranstaltung für das Klinikpersonal zum neuen Credo mit Diskussion und Vorstellung des Konzeptes, dabei Vorstellung der Materialien, Besprechung der Pilotphase
- Rehabilitanden werden bereits bei Rehabeginn mit den zentralen Inhalten des Nachsorgekonzeptes vertraut gemacht: d.h. Zeitperspektive auf 12 Monate erweitern, Bedeutung der Eigenverantwortung für die Nachhaltigkeit der während der „Klinikphase“ erzielten Effekte herausstellen, Bedeutung körperlicher Bewegung bei der Behandlung chronischer RS erläutern, Rehaeinrichtung möchte unterstützen und kontrollieren (deshalb sind „Meldetermine“ in den folgenden Monaten vorgesehen). Dies kann im individuellen Eingangsgespräch erfolgen oder im Rahmen einer Begrüßungsveranstaltung für eine ganze Rehabilitandengruppe.
- Jeder Rehabilitand erhält bei Rehabeginn für die Zeit der „Klinikphase“ ein Beobachtungsheft („Bewegte Reha“), das drei Aufgaben zur Bearbeitung vorlegt. Bei der Ausgabe des Heftes wird erklärt, welches Ziel damit verfolgt wird, welchen Nutzen man erwartet.
- Während der „Klinikphase“ erhalten die Rehabilitanden die Möglichkeit, sich untereinander und mit Vertretern des therapeutischen Teams über das Beobachtungsheft auszutauschen (Termine in Behandlungsplan einbeziehen), sie erhalten Anleitung und Unterstützung bei der Aufgabenbearbeitung, z.B. bei Recherchen der Bewegungsangeboten am Heimatort.
- In alle geeigneten Behandlungsmodule fließen die Inhalte des neuen Credos ein (statt kurativem Ansatz Ressourcenorientierung, Aktivierung der Rehabilitanden, Hilfe zur Selbsthilfe)
- Zum Abschluss der „Klinikphase“ unterschreiben die Rehabilitanden im Abschlussgespräch einen „Nachsorgeselbstverpflichtung“. Darin formulieren sie ihre Vorsätze für den ersten Monat zu Hause. Sie erhalten drei Bewegungstagebücher ausgehändigt. Das geplante Vorgehen wird ihnen nochmals erläutert: Tagebücher ausfüllen und zum Stichtag (auf Heftchen notiert) an Reha-Einrichtung zurückschicken. Dort erfolgt Rücklaufkontrolle und ggf. Mahnbrief/-mail/-telefonat. Diesem Vorgehen muss der Rehabilitand zuvor zugestimmt haben.
- Im Abschlussgespräch erhalten die teilnahmebereiten Rehabilitanden ein Informationsblatt für den/die behandelnden Arzt/Ärzte am Wohnort. Dort wird das Nachsorgekonzept kurz beschrieben und um Unterstützung geworben.
- Die Klinikleitung wählt gemeinsam mit dem Klinikpersonal einen oder mehrere „Nachsorgebeauftragte“ aus. Ihre Aufgaben liegen: (1) in der Verwaltung einer „Bewegungstagebuch-Datei“. Es wird verfolgt, welcher Rehabilitand bis zu welchem Termin sein Tagebuch zurückgeschickt haben soll. Säumige Rehabilitanden werden erinnert, kooperierende Rehabilitanden werden positiv verstärkt (wie mit ihnen zuvor vereinbart postalisch, per E-Mail oder telefonisch), (2) in der Betreuung einer Mailhotline für Patientenanfragen. Diese Kontaktperson ist mit Telefon oder Mailadresse (sowie ggf. Uhrzeit) den Patienten mitzuteilen, evtl. schriftlich auf einer Visitenkarte, und kann so von ihnen in die drei Bewegungstagebücher eingetragen werden (Vorschlag: im Abschlussgespräch).



Information zum Nachsorgeprojekt „Bewegte Reha“ für Ärztinnen und Ärzte

Sehr verehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat in unserer Einrichtung an einer medizinischen Rehabilitation wegen Rückenbeschwerden teilgenommen. Zusammen mit anderen Rehaeinrichtungen in Schleswig-Holstein beteiligen wir uns an einem Projekt, das ein *längerfristiges, bewegungsorientiertes Nachsorgekonzept*¹ erprobt. Im Zentrum steht dabei die Aufrechterhaltung körperlicher Aktivitäten im Alltagsleben.

Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten wurde während der Rehabilitation die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Bewegung für die Nachhaltigkeit erzielter positiver Rehaeffekte vermittelt. Wir haben versucht, sie/ihn zur Ausübung körperlicher Aktivitäten, die Spaß und Freude bereiten, anzuregen. Dabei geht es sowohl um die vermehrte Nutzung von Bewegungschancen im Alltag als auch um die Aufnahme gesundheitssportlicher Aktivitäten. Drei Bewegungstagebücher für die kommenden 12 Monate wurden dazu an die Rehabilitanden als Hilfestellung ausgegeben. Sie notieren darin unter anderem Art und Dauer der durchgeführten körperlichen Aktivitäten.

Wir möchten Sie bitten bei einem Arztbesuch Ihrer Patientin / Ihres Patienten, die Beibehaltung körperlicher Aktivitäten zu fördern.

Das können Sie tun, indem Sie sich danach erkundigen, welche körperlichen Aktivitäten aktuell durchgeführt werden bzw. warum die Umsetzung der Vorsätze nicht gelingt. Vielleicht lassen Sie sich auch einmal ein Bewegungstagebuch zeigen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung !

Bei weiteren Fragen zu unserem Nachsorgeprojekt wenden Sie sich an Fr. Dr. Deck (0451/7992513) bzw. Fr. Dr. Hüppe (0451/7992518) am Institut für Sozialmedizin in Lübeck.

¹ Dieses wurde vom Institut für Sozialmedizin (Universität zu Lübeck, Leitung: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe) in Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Rehaeinrichtungen entwickelt (finanziert vom Verein zur Förderung der Rehaforschung e.V. vffr).

Checkliste für Aufnahmegespräch Thema „Bewegte Reha“ und „Bewegter Alltag“

Der PLAN:

Bereits bei der *Aufnahmeuntersuchung* im Rahmen der Zielvereinbarungen weist die Ärztin/der Arzt auf eine längerfristige Perspektive hin. Die rehabilitativen Maßnahmen enden zwar formal nach 3 bis 4 Wochen, aber zur Stabilisierung der erreichten Effekte ist dafür Sorge zu tragen, dass der Rehabilitand bestimmte Maßnahmen eigenverantwortlich und selbstständig zu Hause weiterführt. Die „Nachsorge“ erstreckt sich daher auf ein volles Jahr.

Die Aufgabe des Patienten wird vor allem darin bestehen, regelmäßig körperlich aktiv zu sein, denn die Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger Bewegung ermöglicht erst einen nachhaltigen Erfolg der rehabilitativen Maßnahmen.

Neben kurzfristigen Zielen (bis zum Ende der Rehamaßnahme) wird auch das längerfristige Ziel „ein Jahr lang regelmäßig körperlich aktiv sein“ angesprochen und begründet.

Der Patient, die Patientin wird angehalten, die folgenden Wochen zu nutzen, um für sich selbst herauszufinden, welche Art von Bewegungsangeboten Spaß machen könnte. Dazu wird das Patientenheft „Bewegte Reha“ – „Aktiv werden und aktiv bleiben – Eintritt in ein bewegtes Jahr“ ausgeteilt und kurz erläutert.

CHECKLISTE:

Thema	angesprochen
Bedeutung körperlicher Aktivität für langfristigen Rehaerfolg hervorheben	<input type="checkbox"/>
Patientenheft „Bewegte Reha“ austeilen, Sinn und Zweck erläutern	<input type="checkbox"/>
Zeitperspektive der Maßnahmen von 3 Wochen auf 12 Monate ausweiten	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf Eigenverantwortung des Patienten, Betonung seiner Selbstständigkeit (Hilfe zur Selbsthilfe)	<input type="checkbox"/>
Rehaeinrichtung als „Lernort“ darstellen: Ein neuer Umgang mit Rückenbeschwerden wird vermittelt	<input type="checkbox"/>

„Selbstverpflichtung“ zum „Bewegten Alltag“

Herr / Frau _____

hat am _____

im Abschlussgespräch mit Dr. _____

Arzt/Ärztin der Rehaeinrichtung _____

für den kommenden Monat folgende Vorsätze formuliert:

Diese Bewegungschancen in meinem Alltag werde ich nutzen:**Diese gesundheitssportlichen Aktivitäten werde ich aufnehmen:**

Im Bewegungstagebuch 1 „Aktiv werden und aktiv bleiben - die ersten vier Wochen zu Hause“, das ich erhalten habe, werde ich notieren, welche körperlichen Aktivitäten ich tatsächlich durchgeführt habe.

Das ausgefüllte Tagebuch werde ich nach einem Monat an meine Rehaeinrichtung zurückschicken.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich mich nach Kräften bemühen werde, die vereinbarten Vorsätze in die Tat umzusetzen.

Unterschrift _____

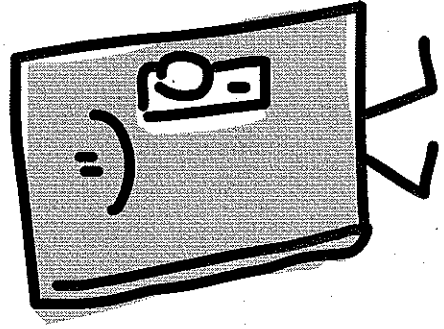
Patientenheft „Bewegte Reha“

von _____

Aktiv werden

und

aktiv bleiben



Eintritt in

ein bewegtes

Jahr

Entwickelt vom Institut für Sozialmedizin - Universität zu Lübeck.
Leitung: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, in Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten
Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein.
gefördert vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. vffr.



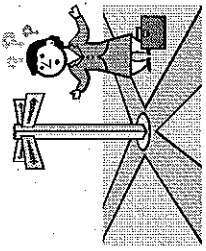
Liebe Patientin, lieber Patient,

der Umgang mit Rückenschmerzen hat in den letzten Jahren eine große Wandlung erfahren. Viele wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine der effektivsten Methoden zur Bekämpfung von Rückenschmerzen die Aufnahme und Beibehaltung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten ist. Unser Ziel ist es daher mit Ihnen zusammen sicherzustellen, dass Sie in den folgenden Monaten Ihren Rücken durch Bewegung und Sport stärken.

Bei Rückenbeschwerden kann man nicht aktiv sein – denken Sie das? Lange Zeit war diese Meinung tatsächlich vorherrschend, doch sie ist falsch. Bettruhe, Schonung und passive Behandlung standen im Vordergrund der Rückenschmerzbehandlung. Heute wissen wir, dass Ruhe und Inaktivität nur zur weiteren Schwächung der Stütz Muskulatur führen und das Risiko für weitere Schmerztacken erhöhen, während regelmäßige Bewegung (z.B. Gehen, Radfahren, Schwimmen) Rückenschmerzen positiv beeinflussen. Zwar lassen sich die Beschwerden in der Regel nicht ganz vermeiden, doch regelmäßige und dauerhafte körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit verringert Häufigkeit und Stärke der Beschwerden.

Trotz Schmerzen aktiv werden und bleiben, das ist eine große Herausforderung. Wir wollen Ihnen dabei helfen, die dafür notwendige Einstellung zu und den richtigen Umgang mit Rückenbe-

Wie geht es weiter?



Im Abschlussgespräch wird der Arzt bzw. die Ärztin mit Ihnen schriftlich festhalten, welche konkreten körperlichen Aktivitäten Sie sich für zu Hause vornehmen. Dieser „**Selbstverpflichtung**“ soll Sie dabei unterstützen, Ihre guten Vorsätze auch in die Tat umzusetzen.

Weiterhin werden Sie **drei Bewegungstagebücher** erhalten, in die Sie regelmäßig aufnotieren, welche körperlichen Aktivitäten Sie tatsächlich durchgeführt haben. Bei Problemen und Fragen können Sie uns telefonisch unter _____ oder über Email erreichen (_____).

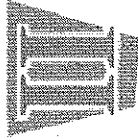
Das erste Tagebuch ist nach einem Monat an unsere Einrichtung zurückzuschicken. Der genaue Termin wird auf dem Deckblatt notiert. Sie erhalten von uns dafür einen bereits adressierten und frankierten Rücksende-Umschlag. Wir möchten uns auf diesem Wege vergewissern, dass es Ihnen gelingt, in den folgenden Wochen zu Hause in Bewegung zu bleiben. Wenn wir nichts von Ihnen hören, d.h. wenn Sie uns Ihr Tagebuch nicht zurückschicken, werden wir daher versuchen, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen und aufgetretene Schwierigkeiten zu besprechen.

Das zweite Bewegungstagebuch umfasst ein Vierteljahr und das dritte bezieht sich auf ein halbes Jahr. Wir würden uns freuen, wenn Sie auch diese beiden ausgefüllt an uns zurückschicken.

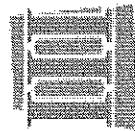
schwerden zu lernen. Dazu dient auch dieses Patientenheft, das Sie bei drei Aufgaben begleitet, welche Sie während der kommenden Wochen bearbeiten sollen.



1. Sie werden bei uns eine Auswahl an verschiedenen Bewegungsangeboten kennen lernen und Ihre **erste Aufgabe** wird es sein, mit Hilfe dieses Heftes zu beobachten und bewerten, welche Bewegungen Ihnen gut tun und Ihnen Spaß machen.



2. Eine **zweite Aufgabe** besteht darin zu überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, mehr Bewegung in den eigenen Alltag zu bekommen. Welche Bewegungschancen bietet Ihr Alltag zu Hause? Welche Gesundheitssportarten könnten Sie interessieren? Welches Leistungsniveau dabei für Sie das richtige ist, diese Frage wird unser Fachpersonal (z.B. Physiotherapeut, Krankengymnast, Sporttherapeut) mit Ihnen besprechen. Sie werden gezielt in Hinblick auf geeignete Aktivitäten beraten. Wir werden Ihnen zudem die Möglichkeit anbieten, sich zu diesem Thema mit Ihren Mitpatienten auszutauschen.



3. Als **dritte Aufgabe** sollen Sie in Erfahrung bringen, welche konkreten Bewegungsangebote an Ihrem Wohnort existieren (z.B. Sportvereine, Fitnessstudio, Angebote der Krankenkasse). Welches der Angebote werden Sie in den nächsten Monaten ausprobieren? Bei dieser Suche unterstützt Sie Herr/Frau _____



ZU AUFGABE 1:

Welche Bewegungen machen mir Spaß?

Bereits bei der *Aufnahmeuntersuchung* wurden Sie darauf hingewiesen, dass Sie die Zeit Ihres Aufenthaltes in unserer Einrichtung auch nutzen sollen, für sich selbst herauszufinden, welche Art an Bewegungsangeboten Ihnen Spaß macht. Dazu dienen die folgenden drei Seiten. Bitte notieren Sie jeweils in der linken Spalte die Art der körperlichen Aktivität (z.B. Wassergymnastik, Schwimmen, Krafttraining, Walking etc.) und darunter das Datum, an dem Sie Ihre Erfahrung gemacht haben. In den übrigen drei Spalten können Sie den „Spaßfaktor“ mit drei Urteilkategorien bewerten:

- „sehr viel Spaß“ ☺
- „mäßig Spaß“ ☹
- „gar keinen Spaß“ ☹

Ein Beispiel: Frau Zett hat am 12.10. am Nordic Walking teilgenommen. Diese Art körperlicher Bewegung machte ihr sehr viel Freude. Sie notierte daher folgendes:

Aktivität: <i>Nordic Walking</i>	☺	☹	☹
Datum: 12.10.	sehr viel	mäßig	gar keinen

C: WEITERE ANGEBOTE

Je nach Wohnort gibt es weitere Einrichtungen, die Bewegungsangebote vorhalten z.B. die örtlichen Volkshochschulen (für Schleswig-Holstein zu finden unter <http://www.vhs-sh.de>).

An manchen Orten gibt es auch Angebote von Selbsthilfegruppen, Therapiezentren und Fitnessstudios.

Wir möchten Sie bitten in Erfahrung zu bringen, welche Angebote aktuell an Ihrem Wohnort zur Verfügung stehen, die für Sie von Interesse sein könnten.

Hier ist Platz zum Eintragen der Ergebnisse Ihrer Suche:

Diese Angebote könnte ich nutzen

ZU AUFGABE DREI:

Bewegungsangebote am Heimatort

A. SPORTVEREINE

Wie sieht das konkrete Angebot bei Ihnen zu Hause aus?
 Im Internet (wie auch über das Örtliche Telefonbuch bzw. Gelbe Seiten) können Sie das Angebot Ihres örtlichen Sportvereins erfahren, indem Sie z.B. unter www.google.de das Stichwort Sportverein und den Namen Ihres Heimatortes eingeben. Sie erhalten Kontaktadressen und Telefonnummern, und können sich oft direkt die Angebote der Sportvereine anschauen. Der Deutsche Sportbund stellt unter der Webadresse <http://www.sportprogesundheit.de/pages/de/kursangebote/kursangebote/index.html> gesundheitsfördernde Angebote in Sportvereinen vor (nach Postleitzahlen geordnet).

B: ANGBOTE DER KRANKENKASSE

Die meisten Krankenkassen bieten eigene Kurse zur Bewegungsförderung an oder haben mit Sportvereinen Verträge abgeschlossen. Als Krankenkassenmitglied können Sie diese nutzen. Wenn Sie im Internet die Webseite Ihrer Kasse besuchen, werden Sie in der Regel zu den konkreten Angeboten weitergeleitet, die für Mitglieder häufig kostenlos sind. Oder Sie finden eine Hotline angeben, bei der Sie nachfragen können. Die Webadressen einiger Krankenkassen: www.aok.de, www.ikk.de, www.bkk.de, www.barmer.de, www.tk-online.de, www.dak.de.


















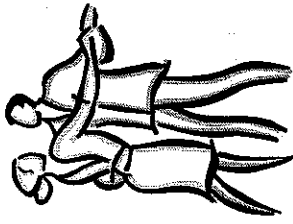
Was habe ich wann mit wie viel Spaß gemacht?

Aktivität:	😊	😊	😊	😞
Datum:	sehr viel	mäßig	gar keinen	
Aktivität:	😊	😊	😊	😞
Datum:	sehr viel	mäßig	gar keinen	
Aktivität:	😊	😊	😊	😞
Datum:	sehr viel	mäßig	gar keinen	
Aktivität:	😊	😊	😊	😞
Datum:	sehr viel	mäßig	gar keinen	



Was habe ich wann mit wie viel Spaß gemacht?

Aktivität:		sehr viel		mäßig		gar keinen
Datum:						
Aktivität:		sehr viel		mäßig		gar keinen
Datum:						
Aktivität:		sehr viel		mäßig		gar keinen
Datum:						
Aktivität:		sehr viel		mäßig		gar keinen
Datum:						
Aktivität:		sehr viel		mäßig		gar keinen
Datum:						



Tanzen

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____

Tai Chi / Qi Gong

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____

Yoga

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____

Nordic Walking

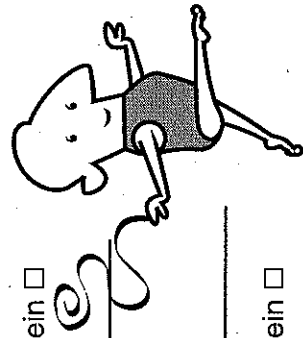
das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____

Gymnastik

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____



Anderes, und zwar: _____

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein

wenn nein, warum: _____



Ballspiele

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Joggen

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Krafttraining (z.B. im Fitnesscenter)

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Schnelles Spazieren gehen (Walken)

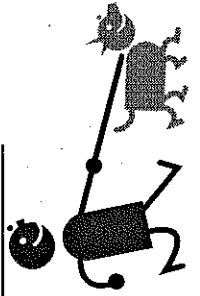
das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Fahrrad fahren
















das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Wandern

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____



Was habe ich wann mit wie viel Spaß gemacht?

Aktivität:	 sehr viel	 mäßig	 gar keinen
Datum:			
Aktivität:	 sehr viel	 mäßig	 gar keinen
Datum:			
Aktivität:	 sehr viel	 mäßig	 gar keinen
Datum:			
Aktivität:	 sehr viel	 mäßig	 gar keinen
Datum:			
Aktivität:	 sehr viel	 mäßig	 gar keinen
Datum:			

zu AUFGABE ZWEI

Bewegungschancen meines Alltags

Es ist gar nicht so schwierig mehr Bewegung in den normalen Alltagsablauf zu bringen, wenn Sie bewusst alle Chancen zur Bewegung nutzen.

- Nehmen Sie die Treppe statt Aufzug zu fahren!
- Gehen Sie kürzere Entfernungen zu Fuß oder fahren Sie mit dem Fahrrad statt das Auto zu benutzen!



Sammeln Sie hier Ideen für Ihren eigenen Alltag:
Diese Bewegungschancen könnte ich nutzen:

Gesundheitsportarten

Die Auswahl an Sportarten ist groß und jeder kann für sich selbst entscheiden, was ihm liegt und Spaß machen könnte. Die Teilnahme an Sportgruppen hat den Vorteil, dass man unter Gleichgesinnten an körperliche Aktivität herangeführt wird. Wer Gruppen nicht mag, kann aber auch allein aktiv werden. Das Training in einer Fitnessanlage kann für den einen oder anderen ein Kompromiss zwischen Gruppen und Individualsport sein.

Überlegen Sie sich, welche der folgenden körperlichen Aktivitäten für Sie persönlich von Interesse sein könnten und geben Sie mit einem Kreuzchen ein Urteil dazu ab.)

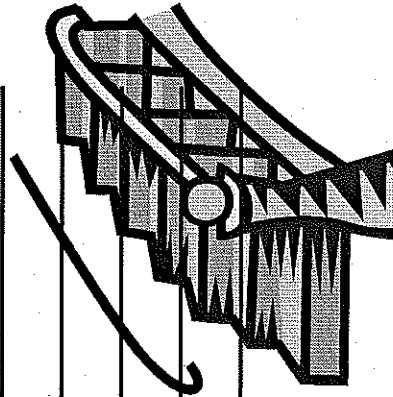


Schwimmen

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____

Wassergymnastik

das könnte mir gefallen: ja , vielleicht , nein
wenn nein, warum: _____



ID: _____

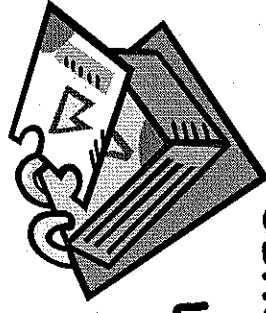
Bewegungstagebuch 1

von _____

Aktiv werden

und

aktiv bleiben:



die ersten

vier Wochen

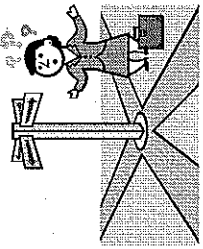
zu Hause

Ausgefülltes Heftchen bitte am _____
zurückschicken an:

Entwickelt vom Institut für Sozialmedizin - Universität zu Lübeck,
Leitung: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, in Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten
Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein, gefördert vom Verein zur Förderung der
Rehabilitationsforschung e.V. vfr.



Raum für Anregungen und Hinweise



Wie geht es weiter?

Vor etwa einem Monat haben Sie unsere Reha-Einrichtung verlassen. Seitdem tragen Sie selbst die Verantwortung für den längerfristigen Erfolg der rehabilitativen Maßnahmen. Wir haben Ihnen unsere Hilfe angeboten, körperlichen Aktivitäten einen festen Platz in Ihrem Alltag zu verschaffen. Denn regelmäßige Bewegung stärkt Ihre Muskulatur, hält Sie beweglich und macht Sie fit. Zudem sorgt Bewegung für ein gutes Gefühl und fördert Prozesse in Ihrem Körper, die die Schmerzen reduzieren helfen. Je fitter Sie werden, desto weniger können Ihre Schmerzen Sie quälen.

Bitte schicken Sie nun dieses Heftchen an uns zurück, damit wir einen Eindruck bekommen, wie es Ihnen ergangen ist.

Sie helfen uns damit auch bei der Verbesserung unserer Bemühungen um eine wirksame Nachsorge.

Bei allen Fragen zum Bewegungsbereich steht Ihnen weiter unsere Hotline „Bewegter Alltag“ zur Verfügung (s. erste Heftseite).

Wir möchten Sie ermuntern, in den folgenden Monaten auch die Bewegungstagebücher 2 und 3 zu benutzen. Diese wollen Sie dabei unterstützen in Bewegung zu kommen und zu bleiben. Wir würden uns freuen, wenn Sie auch diese an uns zurückschicken.

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

dieses Bewegungstagebuch soll Ihnen dabei helfen, die neuen Erkenntnisse zum Umgang mit Rückenbeschwerden, die Sie bei uns kennen gelernt haben, in Ihrem Alltag umzusetzen.

Sie haben erfahren, wie wichtig es ist, trotz bestehender Rückenbeschwerden regelmäßig körperliche Aktivitäten aufzunehmen und beizubehalten. Trotz Schmerzen aktiv werden und bleiben, dabei will Ihnen dieses Bewegungstagebuch helfen. Es dient zur Kontrolle, denn wie wir alle wissen: „Der Geist ist willig, doch das Fleisch ist schwach“.

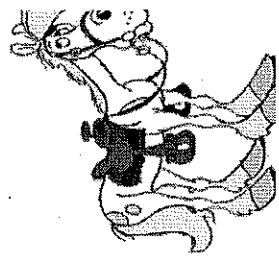
Sie haben in Gesprächen mit unseren Ärzten und Therapeuten für sich persönlich konkrete körperliche Aktivitäten ausgewählt. Im Abschlussgespräch wurden bestimmte Aktivitäten zusätzlich „vertraglich“ vereinbart und festgehalten.

In den folgenden 4 Wochen sollen Sie nun für jeden Tag notieren, welche körperlichen Aktivitäten Sie tatsächlich umgesetzt haben. Bitte vermerken Sie in jedem Fall auch, ob und welche Hindernisse eine Umsetzung erschweren.

Bei Fragen zum Bereich der körperlichen Aktivitäten steht Ihnen unsere Hotline „Bewegter Alltag“ zur Verfügung. Schicken Sie eine E-Mail an _____ oder rufen Sie an unter _____

(Uhrzeit: _____).

„Der gute Vorsatz ist ein Gaul, der oft gesattelt, aber selten geritten wird.“



Dieses mexikanisches Sprichwort unterstreicht etwas, das wir alle wissen: Es ist schwierig, gute Vorsätze in die Tat umzusetzen. Obwohl wir aktiver sein wollen, bleiben wir dennoch auf dem Sofa vorm Fernseher sitzen, benutzen wieder die Rolltreppe und fahren lieber mit dem Auto zum Bäcker um die Ecke.

Hier einige Hinweise, wie Sie es dennoch in den Sattel schaffen können, auch wenn ein Teil von Ihnen meint:

- *Ich habe heute keine Lust*
 - *Das Wetter ist so schlecht*
- Verabreden Sie sich zu einem Bewegungstermin mit einer / einem Bekannten, dann fällt Ihnen das Absagen schwerer.
- Spazieren gehen, Jogging, Walking und andere Außenaktivitäten sind in der Regel nicht vom Wetter abhängig. Folglich gibt es keinen Grund, bei Regen oder Kälte in der Wohnung zu hocken. Besorgen Sie sich passende Kleidung und los geht es.

- *Ich habe heute leider keine Zeit, aber morgen ...*
- Setzen Sie körperliche Bewegung an die oberste Stelle der Liste von Dingen, die heute noch getan werden müssen (höchste Priorität) und beugen Sie so der „Verschieberitis“ vor.

Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeiddauer
4. Tag		
5. Tag		
6. Tag		
7. Tag		

Meine Vorsätze für diese Woche habe ich

😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	☹️ gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	---------------------------

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?



Die vierte Woche

Meine Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Meine Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:

Ich habe mich den ganzen Tag auf der Arbeit / im Haushalt abgerackert.

Diese Dauerbelastung erhöht bedauerlicherweise nicht die körperliche Fitness und Ausdauer. Gerade jetzt stärkt ein körperlicher Ausgleich Gesundheit wie Wohlbefinden.

Hilfreich kann weiterhin sein,

- wenn Sie sich selbst eine Belohnung aussetzen für das erfolgreiche Umsetzen Ihrer Bewegungsvorsätze.
- wenn Sie Erinnerungszettel an Ihre Sporttermine in der Wohnung verteilen, z.B. Telefon, Haustür, Kühlschrank.
- wenn Sie Ihren Partner oder Ihre Partnerin um Unterstützung bitten.

Denken Sie auch daran, dass es nicht um das Erzielen sportlicher Höchstleistungen geht, sondern um kleine Schritte hin zu einem bewegten Alltag. Wenn es Ihnen in den nächsten 4 Wochen gelingt, an wenigsten 3 Tagen der Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein (auch zerlegbar in 10 - Minutenintervalle), dann tun Sie bereits entscheidende erste Schritte zur Förderung Ihrer Rückengesundheit sowie zur Stärkung Ihrer Gesundheit generell.

3 mal 30

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		



Die erste Woche

Meine Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Meine Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

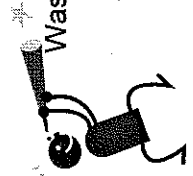
Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		

Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
4. Tag		
5. Tag		
6. Tag		
7. Tag		

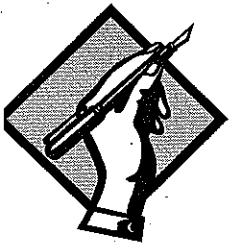
Meine Vorsätze für diese Woche habe ich

😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	☹️ gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	---------------------------

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?




Die dritte Woche

Meine Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Meine Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		

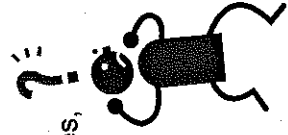


Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
4. Tag		
5. Tag		
6. Tag		
7. Tag		

Meine Vorsätze für diese Woche habe ich

☺	☹	☹
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?



Die zweite Woche

Meine Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Meine Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		



Wochentag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
4. Tag		
5. Tag		
6. Tag		
7. Tag		

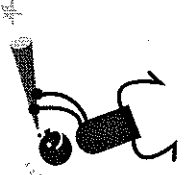
Meine Vorsätze für diese Woche habe ich

😊	😐	☹️
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?



ID: _____

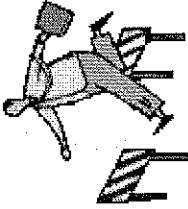
Bewegungstagebuch 2

von _____

Aktiv werden



und



aktiv bleiben:




das nächste Vierteljahr

Entwickelt vom Institut für Sozialmedizin - Universität zu Lübeck,
Leitung: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, in Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten
Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein,
gefördert vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. vffr.

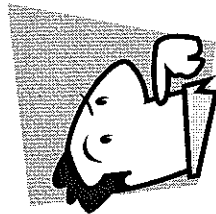


Ausgefülltes Heftchen bitte am _____
zurückschicken an:

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

		
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?

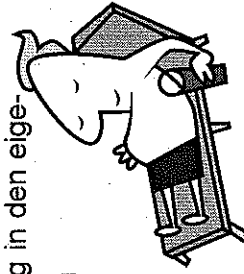


Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

vor etwa einem Monat haben Sie unsere Reha-Einrichtung verlassen. Seitdem tragen Sie selbst die Verantwortung für den längerfristigen Erfolg der rehabilitativen Maßnahmen. Wir möchten Ihnen gerne unsere Hilfe dabei anbieten, körperlichen Aktivitäten einen festen Platz in Ihrem Alltag zu verschaffen. Denn regelmäßige Bewegung stärkt Ihre Muskulatur, hält Sie beweglich und macht Sie fit. Zudem sorgt Bewegung für ein gutes Gefühl und fördert Prozesse in Ihrem Körper, die die Schmerzen reduzieren helfen. Der weitere Verlauf Ihrer Rückenbeschwerden liegt somit entscheidend in Ihrer Hand. Je fitter Sie werden, desto weniger können Ihre Schmerzen Sie quälen. Denken Sie daran: „Ein ruhender Rücken braucht irgendwann Krücken!“

Im zurückliegenden Monat haben Sie wahrscheinlich die Erfahrung gemacht, dass es recht schwierig ist, mehr Bewegung in den eigenen Alltag zu bringen und dafür alte Gewohnheiten zu ändern. Auch die regelmäßige Dokumentation der Aktivitäten ist gewöhnungsbedürftig. Doch trösten Sie sich, aller Anfang ist schwer, insbesondere wenn es darum geht, die eigene Trägheit zu überwinden und einen bewegteren Lebensstil zu finden.



Bitte schicken Sie wieder das ausgefüllte Bewegungstagebuch an uns zurück! Vielen Dank!



Sie erhalten nun ein zweites Bewegungstagebuch von uns, das Sie das nächste Vierteljahr dabei unterstützen soll (auch bei wiederkehrenden Rückenbeschwerden), regelmäßig körperlich aktiv zu bleiben.

In den folgenden 3 Monaten sollen Sie wöchentlich notieren, welche körperlichen Aktivitäten Sie in welchem zeitlichen Umfang durchgeführt haben. Ein wichtiges Ziel ist es, dass Bewegungstermine fest in Ihren Alltag eingebaut und somit „zur Routine“ werden (z.B. der regelmäßige Spaziergang vor der Tagesschau oder die Gymnastikgruppe an jedem Mittwoch).

Bei allen Fragen zum Bewegungsbereich steht Ihnen dabei auch weiterhin unsere Hotline „Bewegter Alltag“ zur Verfügung. Schicken Sie eine Email an _____ oder rufen Sie an unter _____ (Zeit: _____).



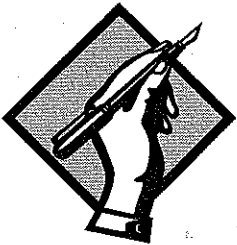
Alte und neue Vorsätze

Am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes haben Sie für die Zeit zu Hause konkrete Vorsätze formuliert. Es wurde selbst verpflichtend festgelegt, welche gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen Sie in Ihrem Alltag umsetzen wollen.

Bitte überlegen Sie unter Einbezug der Erfahrungen der zurückliegenden Wochen, ob diese Vereinbarungen noch gültig sind. Vielleicht haben Sie feststellen müssen, dass die gewählte Gesund-

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		
3		
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		
4		



Dritter Monat

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

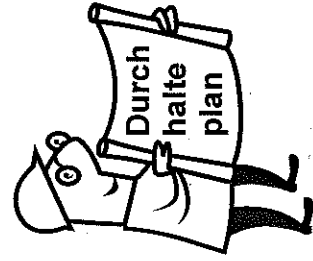
Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	
2	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	

heitssportart doch nicht soviel Spaß macht wie zuerst erhofft. Oder das ausgesuchte Sportangebot, z.B. der Nordic Walking Kurs kam nicht zustande. Oder Ihnen ist eine andere gute Idee für mehr Bewegung eingefallen.

Formulieren Sie daher für das nächste Vierteljahr neue Vorsätze und überlegen Sie (1) welche Bewegungschancen im Alltag Sie wann und wo nutzen wollen und (2) welche gesundheitssportlichen Aktivitäten Sie an welchem Wochentag zu welcher Uhrzeit mit wem ausführen können. Notieren Sie Ihre Vorsätze. Planen Sie, was Sie tun können, um Durchhalten und Dranbleiben sicher zu stellen.

Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:





Erster Monat

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		
1		
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		
2		

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	😞 gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	--------------------------

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?



Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
3	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	
4	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
3	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	
4	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

☺	☹	☹
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Was half mir bei der Umsetzung meiner Vorsätze? Woran lag es, dass ich sie nicht umsetzen konnte?



Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?



Zweiter Monat

Das habe ich tatsächlich umgesetzt

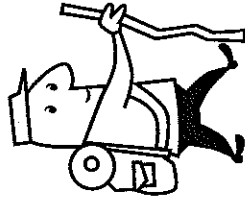
Woche/Tag	Art der körperlichen Aktivität	Zeitdauer
1	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	
2	Mo	
	Di	
	Mi	
	Do	
	Fr	
	Sa	
	So	

ID: _____

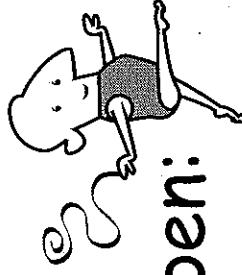
Bewegungstagebuch 3

von _____

Aktiv werden



und



aktiv bleiben:

die nächsten 6 Monate

Entwickelt vom Institut für Sozialmedizin - Universität zu Lübeck,
Leitung: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, in Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten
Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein, gefördert vom Verein zur Förderung der
Rehabilitationsforschung e.V. vffr.



Ausgefülltes Heftchen bitte am _____

zurückschicken an:

Raum für eigene Anregungen und Hinweise:

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

etwa fünf Monate sind vergangen, seitdem Sie bei uns mit Ihrer Rehabilitation begonnen haben. In der Zwischenzeit werden Sie mit Ihrem Rücken gute und schlechte Phasen erlebt haben, das ist normal. Denken Sie daran, dass es darauf ankommt, wie Sie mit Ihren Rückenbeschwerden umgehen. Lassen Sie sich nicht entmutigen. Bleiben Sie aktiv und setzen Sie Ihr normales Alltagsleben fort.

Sie erinnern sich: Regelmäßige körperliche Aktivität ist gut für den Rücken und für die allgemeine Gesundheit. Auch bei Schmerzen tägliche körperliche Aktivitäten beizubehalten und nicht den Schmerzen das Ruder zu überlassen, das führt zu einer schnelleren Genesung und beugt weiteren Schmerzen vor.

Wir hoffen, dass es Ihnen in den zurückliegenden Monaten bereits gelungen ist, vermehrt Bewegungschancen in Ihrem Alltag zu nutzen (z.B. Treppe statt Aufzug, Fahrrad statt Auto/Bus). Auch eine Gesundheitssportart, die Ihnen zusagt und Freude bereitet, sollten Sie in der Zwischenzeit entdeckt haben.

Doch auch wenn Sie noch nicht zu einem „bewegteren Leben“ gefunden haben, geben Sie nicht auf! Unternehmen Sie einen erneuten Versuch, in Gang zu kommen. Jeder Schritt weg von der Inaktivität und sei er noch so klein, ist wichtig und nutzt Ihrer Gesundheit.

Vor Ihnen liegt das dritte und letzte Bewegungstagebuch, das Sie dabei unterstützen soll, in Bewegung zu kommen und zu bleiben.

Im folgenden halben Jahr geht es für die einen darum, das bereits erreichte Bewegungsniveau zu halten und gegebenenfalls auszubauen. Für andere ist es an der Zeit, einen neuen Anlauf zu wagen und regelmäßige körperliche Aktivität dauerhaft in den Alltag einzufügen. Regelmäßige Bewegung sollte für Sie zur Normalität werden: Zügiges Gehen, die Fahrt mit dem Rad, der Besuch einer Fitness- oder Sporteinrichtung oder die Teilnahme an einer Sportgruppe - egal wozu Sie sich entscheiden: Der bewegte Lebensstil soll zur Gewohnheit werden.

Bitte notieren Sie auf den folgenden Seiten monatlich, welche körperlichen Aktivitäten Sie in jeder Woche durchgeführt haben und welchen zeitlichen Umfang diese Aktivitäten umfassen.



Empfehlungen

Nach den aktuellen internationalen Empfehlungen sollen Erwachsene mindestens 30 Minuten moderate körperliche Aktivitäten am besten an allen Tagen der Woche ausüben. Es ist nicht unbedingt nötig, diese halbe Stunde Bewegung am Stück auszuführen. Jede körperliche Aktivität, die mindestens 10 Minuten dauert, kann über den Tag zusammengezählt werden. Moderat heißt dabei, dass der Atem leicht beschleunigt ist; man kann dabei ins Schwitzen kommen, muss aber nicht. Dadurch werden Ge-

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

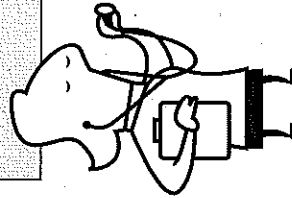
😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	☹️ gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	---------------------------

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Bewegungstagebuch an uns zurück!

Vielen Dank!



Der **VI**. Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

sundheit und Leistungsfähigkeit günstig beeinflusst und der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegen gewirkt. Überprüfen Sie Ihr zeitliches Bewegungskonto anhand dieser Empfehlungen.

täglich 30 min.

Neue alte Vorsätze

Setzen Sie sich nun für das nächste halbe Jahr möglichst konkrete Vorsätze. Je konkreter und genauer, desto besser. Überlegen Sie (1) welche Bewegungschancen im Alltag Sie nutzen wollen und (2) welche gesundheitssportlichen Aktivitäten Sie an welchem Wochentag zu welcher Uhrzeit ausführen möchten.

Notieren Sie Ihre Vorsätze hier:

Vorsätze zu Bewegungschancen des Alltags:

Vorsätze zu gesundheitssportlichen Aktivitäten:

Bei allen Fragen zum Bewegungsbereich steht Ihnen weiterhin unsere Hotline „Bewegter Alltag“ zur Verfügung.



Schicken Sie eine Email an _____ oder rufen Sie an unter _____ (montags und freitags von ___ bis ___ Uhr).



Der . Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	☹️ gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	---------------------------

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?

Durchhalteplan
für den nächsten Monat:



Der 5. Monat

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

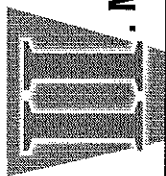
😊	😐	😞
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?

Durchhalteplan

Im nächsten Monat will ich besonders auf Folgendes achten:



Der **11.** Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

😊 voll umgesetzt	😐 teilweise umgesetzt	😞 gar nicht umgesetzt
---------------------	--------------------------	--------------------------

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?

Durchhalteplan
für den nächsten Monat:

Der IV. Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

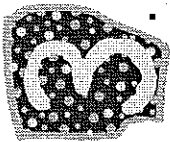
😊	😐	😞
voll umgesetzt	teilweise umgesetzt	gar nicht umgesetzt

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern/ habe ich bereits geändert?

Durchhalteplan

Im nächsten Monat will ich besonders auf Folgendes achten:



Der . Monat

Woche	durchgeführte körperliche Aktivitäten	Zeitdauer
1		
2		
3		
4		

Meine Vorsätze habe ich in diesem Monat

😊	teilweise umgesetzt	☹️
voll umgesetzt	gar nicht umgesetzt	

Woran lag es, dass ich meine Vorsätze nicht umsetzen konnte?

Was kann ich ändern / habe ich bereits geändert?

Durchhalteplan

für den nächsten Monat:

