

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Ergebnisqualität und der Einfluss des sozialen
Status auf den Erfolg der
Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D

Studie im Verbund norddeutscher Rehakliniken

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -

Vorgelegt von
Svenja Viktoria Jung
aus Frankfurt am Main

Lübeck 2021

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. Ruth Deck
2. Berichterstatter/-in: Prof. Dr. med. Georg Royl
Tag der mündlichen Prüfung: 25.01.2022
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 25.01.2022
Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 Erworbene Hirnschädigungen nach Schlaganfall	1
1.1.1 Definition und Ursachen des Schlaganfalls	1
1.1.2 Inzidenz, Prävalenz und Kosten	2
1.1.3 Risikofaktoren und Folgeerkrankungen	2
1.1.4 Rehabilitation nach einem Schlaganfall	3
1.2 Rehabilitation	3
1.2.1 Ablauf und Ziele	4
1.2.2 Gesetzliche Grundlage	5
1.2.3 Subjektives Empfinden	5
1.3 Neurologische Rehabilitation	7
1.3.1 Besonderheiten	7
1.3.2 BAR-Phasenmodell	8
1.3.3 Qualitätssicherung	9
1.4 ICF	10
1.5 Das Konzept der Teilhabe	11
1.5.1 Definition	11
1.5.2 Erfassung der subjektiven Gesundheit	12
1.5.3 IMET	12
1.6 Teilhabe beeinflussende Faktoren	13
1.6.1 Psyche	13
1.6.2 Zielsetzungen	14
1.6.3 Berufliche Tätigkeit	14
1.7 Der Einfluss des sozialen Status auf den Rehabilitationserfolg	15
1.8 Fragestellung	17
2 Material und Methoden	18
2.1 Rekrutierung	18
2.2 Zielgrößen und Erhebungsinstrumente	19
2.3 Sozialschichtindex	21
2.4 Auswertungsstrategie	22
2.5 Statistische Methoden	22
2.6 Studiendurchführung	22
2.7 Ethik	23
2.8 Eigenständigkeit	23
3 Ergebnisse	24
3.1 Rücklauf	24
3.2 Studienteilnehmer und Dropout	24
3.3 Stichprobenbeschreibung	25
3.4 Ausgangslage zu Beginn der Rehabilitation (T0)	27
3.4.1 Allgemeine Angaben zur Rehabilitation	27
3.4.2 Erwartungen und Ziele	27
3.4.3 Subjektive Gesundheit	28
3.4.4 Gesundheitszustand, Beschwerden und Schmerzen	30
3.4.5 Berufstätigkeit	30
3.4.6 Körperliche Aktivität und Lebensgewohnheiten	31
3.5 Nach der Rehabilitation	32
3.5.1 Subjektive Gesundheit	32

3.5.2	Reha-Erwartungen und Ziele	32
3.5.3	Neurologische Einschränkungen und Schmerzen	33
3.5.4	Beurteilung der Klinik und Betreuung	33
3.5.5	Beurteilung der Behandlungen und Gesundheitsbildung	34
3.5.6	Gesamteindruck der Reha-Maßnahme	35
3.6	Vier Monate nach der Rehabilitation	36
3.6.1	Subjektive Gesundheit	36
3.6.2	Gesundheitszustand	38
3.6.3	Berufstätigkeit	38
3.6.4	Fortbewegung und Wohnsituation	39
3.6.5	Risikofaktoren	39
3.6.6	Neurologische Einschränkungen und Schmerzen	40
3.6.7	Nachsorge	41
3.7	Soziale Ungleichheit	42
3.7.1	Reha-Inanspruchnahme	42
3.7.2	Rehabilitationsbezogene Erwartungen	43
3.7.3	Therapieangebot	43
3.7.4	Reha-Nachsorge	44
3.7.5	Subjektive Gesundheit	44
3.7.6	Erwerbstätigkeit	45
3.7.7	Risikofaktoren	45
4	Diskussion	47
4.1	Erwartungen und Ziele	47
4.2	Subjektive Gesundheit	47
4.3	Neurologische Einschränkungen und Schmerzen	51
4.4	Risikofaktoren	51
4.5	Berufstätigkeit	53
4.6	Nachsorge	55
4.7	Bewertung der Reha	56
4.8	Soziale Ungleichheit	57
4.8.1	Inanspruchnahme	57
4.8.2	Erwartungen	58
4.8.3	Subjektive Gesundheit	58
4.8.4	Erwerbstätigkeit	59
4.8.5	Risikofaktoren	60
4.8.6	Therapieangebot	60
4.8.7	Nachsorge	61
4.9	Schlussfolgerungen	62
4.9.1	Soziale Ungleichheit	63
4.10	Limitationen	64
4.11	Ausblick	64
5	Zusammenfassung	65
6	Literaturverzeichnis	66
7	Anhang	76
7.1	Grafiken	76
7.2	Tabellen	82
8	Fragebögen	85
9	Ethikkommission	122
10	Danksagung	123
11	Lebenslauf und Publikation	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICF der WHO nach DIMDI 2005	11
Abbildung 2: Selektion und Rücklauf der Fragebögen	24
Abbildung 3: Ausprägungen der primären und sekundären Zielgrößen zu Beginn der Rehabilitation.....	29
Abbildung 4: Gesundheitszustand zu Beginn der Rehabilitation	30
Abbildung 5: Vergleich des Gesundheitszustandes von T0, T1 und T2	38
Abbildung 6: Vergleich SPE-Score T0 und T2.....	39
Abbildung 7: Schichtunterschiede im Zeitverlauf der Reha-Erwartungen.....	43
Abbildung 8: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nach Mackenbach 2006	59
Abbildung A1: Welche Erwartungen werden an die Reha gestellt?.....	76
Abbildung A2: Frem-8 zu Beginn der Rehabilitation.....	76
Abbildung A3: Mit wem wurden die Reha-Ziele besprochen?	76
Abbildung A4: Neurologische Einschränkungen zu Beginn der Rehabilitation	77
Abbildung A5: Weitere Erkrankungen zu Beginn der Rehabilitation	77
Abbildung A6: Schmerzen zu Beginn der Rehabilitation	77
Abbildung A7: Berufliches Risiko zu Beginn der Rehabilitation	78
Abbildung A8: Körperliche Aktivität zu Beginn der Reha	78
Abbildung A9: Vergleich der Häufigkeiten der neurolog. Einschränkungen T0-T2	78
Abbildung A10: Vergleich der Häufigkeit der Schmerzen von T0 bis T2	79
Abbildung A11: Teilnahme an Behandlungen während der Rehabilitation.....	79
Abbildung A12: Mittelwertvergleich der Leistungsfähigkeit zu T0 mit T2.....	79
Abbildung A13: Nachsorgeempfehlungen und Inanspruchnahme der Nachsorge	80
Abbildung A14: Durchschnittliche Anzahl der Besuche der Nachsorge-Angebote	80
Abbildung A15: Gründe für eine mangelnde Inanspruchnahme der Nachsorge ..	80
Abbildung A16: Schichtvergleich der Komorbiditäten.....	81
Abbildung A17: Schichtvergleich der Teilnahme an Therapieangeboten während der Rehabilitation.....	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: BAR-Phasenmodell	9
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	18
Tabelle 3: Core Set von Instrumenten	21
Tabelle 4: Dropout-Analyse	25
Tabelle 5: Stichprobencharakteristik	26
Tabelle 6: Erwartungen bei unterschiedlichen Krankheitsgruppen nach Deck	28
Tabelle 7: Vergleich IMET-Summenscores verschiedener Reha-Indikationen	29
Tabelle 8: Vergleich der Summen-Mittelwerte der primären und sekundären Zielgrößen	36
Tabelle 9: Veränderungen der einzelnen Teilhabebereiche	37
Tabelle 10: Schichtverteilung in der Stichprobe	42
Tabelle 11: Mittelwertvergleich der Zielgrößen nach Schichtzugehörigkeit	45
Tabelle A1: Berechnung des Sozialschichtindex	82
Tabelle A2: Empfehlung, Informationen und Wahl der Reha-Klinik	82
Tabelle A3: Mittelwertvergleich der Reha-Erwartungen (Frem-8)	82
Tabelle A4: IMET-Einzelwerte im Vergleich bei unterschiedlichen Stichproben	82
Tabelle A5: Vergleich der Häufigkeiten der weiteren Erkrankungen	83
Tabelle A6: Soziale Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht und Alter	83
Tabelle A7: Hohes berufliches Risiko nach Schichtzugehörigkeit im Zeitverlauf	83
Tabelle A8: Schichtvergleich der AU-Tage	83
Tabelle A9: Schichtvergleich der körperlichen Aktivität	84
Tabelle A10: Schichtunterschiede über den Zeitverlauf des BMI	84

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AHB	Anschlussheilbehandlung
AR	Anschlussrehabilitation
AU	Arbeits-Unfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BMI	Body-Mass-Index
BTHG	Bundesteilhabegesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
FFbH-R	Funktionsfragebogen Hannover für Rückenschmerzen
FSS	Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Selbstinstruktionen
DGNKN	Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation
ICD	Internationalen Klassifikation für Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IMET	Index zur Messung von Einschränkungen in der Teilhabe
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
ISE	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
KHK	Koronare Herzkrankheit
LF	Leistungsfähigkeit
Max.	Maximal
MTT	Medizinische Trainingstherapie
MW	Mittelwert
N	Anzahl
PSD	Poststroke Depression
QGMr	Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein
Reha	Rehabilitation
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SCL-90R	Symptom-Checklist-90
SF-36	Short Form Health 36
SPE-Skala	Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organisation
z.B.	Zum Beispiel

1 Einleitung

Vorbemerkung: Aus Gründen der Vereinfachung wird im Allgemeinen die maskuline Form verwendet und auf getrennte männliche bzw. weibliche Endungen verzichtet. Wenn also im Folgenden von „Teilnehmern“ oder „Rehabilitanden“ die Rede ist, sind damit sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint.

1.1 Erworbene Hirnschädigungen nach Schlaganfall

1.1.1 Definition und Ursachen des Schlaganfalls

Unter dem Begriff Schlaganfall (auch genannt Apoplex, apoplektischer Insult, Hirninfarkt, Gehirnschlag, ICD-10: I60-I64) werden verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, deren zentrales Merkmal eine akut auftretende neurologisch zentralnervöse Fokalsymptomatik ist, also eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen [1]. Mit etwa 80% sind am häufigsten die ischämischen Schlaganfälle (ein akuter Verschluss eines Hirngefäßes) vertreten [2–4]. Seltener kommen hämorrhagische Schlaganfälle (Hirnblutungen) vor, welche in intrazerebrale (14%) und subarachnoidale Blutungen (ca. 5%) sowie nicht identifizierbare Typen (ca. 3%) unterschieden werden [5]. Intrazerebrale Blutungen können durch geplatzte Aneurysmen oder durch geplatzte kleinere Hirnarterien in tieferen Regionen des Gehirns, bei denen meist eine langjährige Schädigung der Arterien durch einen Hypertonus (Bluthochdruck) voran geht, verursacht werden [1]. Die wichtigsten Ursachen eines ischämischen Schlaganfalls sind arteriosklerotisch bedingte Verschlüsse von Hals- oder Hirnarterien und mit dem Blutstrom weitergeleitete Blutgerinnsel aus dem Herzen (kardiale Thromboembolien) [1,5]. Thromben können zum Beispiel durch Gerinnungsstörungen oder Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern verursacht werden. Da es bei einem Schlaganfall zu einer allgemeinen oder lokal begrenzten Funktionsstörung des Gehirns kommt, zeigen sich meist schlagartig auftretende neurologische Symptome. Vor allem Lähmungen und Gefühlsstörungen von Arm, Bein oder Gesicht (meist nur einer Körperhälfte), Sprachstörungen, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit und heftige Kopfschmerzen gehören zu diesem Krankheitsbild [2]. Die Funktionsstörungen können sowohl im motorischen, kognitiven, als auch im psychosozialen Bereich für einen längerfristigen Zeitraum oder lebenslang anhaltend sein [5]. Bis zu 40% der überlebenden Personen haben längerfristig Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel

bei der Fortbewegung, der Körperpflege oder dem selbstständigen Ankleiden und Essen [2]. Eine Funktionserholung kann durch Hirngewebsrestitution, dem Wiedererlernen und der Kompensation von Funktionen erfolgen. Dabei haben ältere Patienten jedoch zumeist eine schlechtere Funktionserholung als jüngere [6].

1.1.2 Inzidenz, Prävalenz und Kosten

In Deutschland und auch weltweit ist der Schlaganfall nach der koronaren Herzkrankheit die zweithäufigste Todesursache [1,2]. Jährlich erleiden etwa 200.000 Patienten einen erstmaligen und rund 60.000 einen wiederholten Schlaganfall. Somit erfährt jeder fünfte Bürger in Deutschland im Laufe seines Lebens einen Schlaganfall [6]. In der Lebenszeitprävalenz zeigt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen [2]. Nach einem überlebten Schlaganfall haben die Patienten ein hohes Risiko für ein erneutes zerebrales Ereignis. So erleiden etwa 10% der Patienten bereits im ersten Jahr nach Hirninfarkt einen erneuten Schlaganfall [7]. Schlaganfälle bilden im deutschen Gesundheitswesen eine der kostenintensivsten Gruppen von Erkrankungen [3]. Nach dem Statistischen Bundesamt verursachten Herz-Kreislaufkrankungen mit 14% im Jahr 2015 die höchsten Krankheitskosten. Dabei liegt die dazugehörige Diagnose Schlaganfall bei 2,24% mit 7.566 Millionen Euro von 338.207 Millionen Euro Gesamtkosten [8]. Der Hauptkostenpunkt der lebenslangen Kosten eines Patienten nach erstmaligem Schlaganfall ist die ambulante Behandlung (40%). Die restlichen Krankheitsfolgekosten verteilen sich auf die stationäre Behandlung (22%), die Rehabilitation (21%) und die Krankenpflege (17%). Angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland werden Schlaganfälle in Zukunft noch weiter an Bedeutung gewinnen [3,4].

1.1.3 Risikofaktoren und Folgeerkrankungen

Ein Schlaganfall ist meist kein isoliertes Krankheitsbild, sondern ist oft mit weiteren bereits vorliegenden kardiovaskulären Erkrankungen verbunden [9]. Hier sind insbesondere die Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Vorhofflimmern und seltener die Operation einer Karotisstenose als klassische und zu Arteriosklerose führende Risikofaktoren zu nennen [10]. Auch typische verhaltensabhängige Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Übergewicht, körperliche Inaktivität und

Ernährung sind bekannte Risikofaktoren eines kardiovaskulären Ereignisses, wie einem Schlaganfall [10]. Als besonders gesichert gilt der Einfluss von körperlicher Inaktivität auf die Krankheitsentstehung im kardiovaskulären System. Groß angelegte Untersuchungen haben bereits bestätigt, dass regelmäßige körperliche Aktivität das kardiovaskuläre Risiko vermindert [9,11]. Als Begleit- und Folgeerkrankungen nach einem Schlaganfall sind Depressionen, hirnorganische Wesensänderung, persistierende Kopfschmerzsyndrome, Komplikationen der Intensivbehandlung (z.B. Critical-care-Polyneuropathie) und orthopädische Folgen einer Fehlbelastung (z.B. nach Halbseitenlähmung) möglich [12].

1.1.4 Rehabilitation nach einem Schlaganfall

Nach der stationären Akuttherapie folgt bei vielen Patienten eine neurologische Rehabilitation, die das Risiko für nachfolgende Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit senkt [1]. In einer Studie von Unrath et al. erhielten 85% der Patienten, welche der primären Zielgruppe für eine Rehabilitation angehörten, die Zusage für eine Reha-Maßnahme. Von der gesamten Anzahl an Patienten nach Hirninfarkt stellt dieser Anteil jedoch nur etwa die Hälfte dar [13]. Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für eine erworbene Behinderung im Erwachsenenalter. Etwa ein Viertel der überlebenden Patienten weisen drei Monate nach erstmaligem Schlaganfall schwere Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf, definiert als Barthel-Index < 60 [1,14,15].

1.2 Rehabilitation

Der Begriff *Rehabilitation* kommt aus dem Lateinischen von dem Wort „rehabilitatio“, welches „Wiedereingliederung“ bedeutet. Nach der akut-medizinischen Behandlung brauchen Patienten meist Hilfe bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen. Eine Anschlussrehabilitation (AR/AHB) ist möglichst nahtlos an eine Krankenhausbehandlung angeschlossen. Dabei wirkt der Sozialdienst im Krankenhaus oft als Vermittler zwischen dem Patienten und speziellen Rehabilitationseinrichtungen [16].

In der medizinischen Rehabilitation stehen insbesondere die Reduktion von bereits eingetretenen Funktions- und Aktivitätsstörungen sowie Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Teilhabe im Vordergrund [17]. Da bei chronischen Erkrankungen meist keine völlige Wiederherstellung der Gesundheit erreicht

werden kann, ist das Ziel der Rehabilitation, den Menschen mit Beeinträchtigungen die größtmögliche Leistungsfähigkeit und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen [18]. Grundlage ist hier die „Reha-Bedürftigkeit“. Das bedeutet, dass die potentielle Möglichkeit einer Verbesserung der Aktivitäten und Partizipation vorhanden sein muss, eine sogenannte positive Rehabilitationsprognose [5]. Morfeld et al. haben vier zentrale Zieldimensionen einer Rehabilitation herausgestellt:

- Somatische Ziele - Beeinflussung von Körperfunktionen und -strukturen
- Funktionale Ziele - Verbesserung eingeschränkter Aktivitäten und Teilhabe
- Psychosoziale Ziele - Stärkung der persönlichen Bewältigungsressourcen
- Edukative Ziele - adäquates Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Die einzelnen Zieldimensionen können wiederum in mehrere Problembereiche und damit Therapieziele aufgeschlüsselt werden, an denen die Behandlungen und Schulungen konkret ansetzen [5].

1.2.1 Ablauf und Ziele

Je nach Lebenslage der Betroffenen, individuellem Bedarf und medizinischen Erfordernissen unterscheiden sich Art, Inhalt und Umfang der Reha. Der ganzheitliche Behandlungsansatz berücksichtigt dahingehend den Krankheitsverlauf, die körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Krankheitsfolgen, Kontextfaktoren, Krankheitsrisiken und persönlichen Ressourcen der Rehabilitanden, um beste Ergebnisse zu erzielen. Dieser Ansatz erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam und die frühzeitige Verzahnung von medizinischen, beruflichen und sozialen Aspekten [16,19]. Grundlagen einer Rehabilitation sind die medizinische Indikation (z.B. neurologische, orthopädische oder psychosomatische Rehabilitation) und ergänzende Diagnostik (ärztliche Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik) mit Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes. Je nach Indikation sind darin verschiedene Behandlungen und Schulungen enthalten wie beispielsweise Ergotherapie, Psychotherapie, Ernährungsberatung. Das interdisziplinäre Rehabilitationsteam setzt sich aus Medizinern, verschiedenen Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegekräften zusammen [16,19].

Je nach Indikationsbereich kommen noch weitere Fachbereiche z.B. Logopädie und Neuropsychologie dazu [5].

Zu Beginn der Reha wird ein Reha-Plan erstellt, der die Erfassung von persönlichen Zielen beinhaltet, welche im Verlauf überprüft werden und gegen Ende der Maßnahme als Grundlage für ein Nachsorgekonzept genutzt werden [5]. Persönliche Ziele sind beispielsweise das Erreichen einer Schmerzlinderung, der Verbleib im Beruf und die Bewältigung von Anforderungen im Familien- und Berufsleben sowie im Leben in der Gesellschaft und eine aktive Freizeitgestaltung [19,20]. Der in Deutschland geltende Grundsatz „Reha vor Rente“ unterstützt Leistungen zur Teilhabe, die das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund einer Erkrankung verhindern oder zumindest hinauszögern sollen [21]. Für Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung (DRV) oder die Krankenkassen bedeutet eine erfolgreiche Rehabilitation längere Beitragszahlungen und reduzierte Krankheitsfolgekosten. Für die Gesellschaft hingegen ist die Leistungsfähigkeit von älteren Arbeitnehmern wichtig für Wohlstand und Wachstum angesichts des demografischen Wandels [16]. Die Leistungen der DRV richten sich in erster Linie an erwerbstätige Patienten und umfassen zumeist einen dreiwöchigen stationären Reha-Aufenthalt [22].

1.2.2 Gesetzliche Grundlage

Die ganzheitliche Betrachtung des Rehabilitanden wurde wesentlich durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geprägt und stellt den inhaltlichen Bezugsrahmen dar, der rechtlich im IX. Sozialgesetzbuch verankert ist [23]. So steht beispielsweise im Sozialgesetzbuch IX § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. [...]“. Die Rehabilitation soll demnach die Wiederherstellung und Sicherung von Selbstbestimmung und Leistungsfähigkeit der Betroffenen in Alltag, Familie und Beruf gewährleisten [16].

1.2.3 Subjektives Empfinden

Die Rehabilitation ist zum Teil eine Herausforderung für die Betroffenen. Sie müssen aus eigenem Antrieb heraus an der Verbesserung ihres

Gesundheitszustandes arbeiten. Dabei wird der Bewältigungsprozess nach einer Krankheit durch die persönlichen Ressourcen gefördert, welche sich in psychische und soziale Ressourcen differenzieren lassen [5]. In engem Zusammenhang dazu steht das Gesundheitsverhalten eines Rehabilitanden, welches als einer der zentralen Ansatzpunkte der Rehabilitation anzusehen ist, um auf die Gesundheit Einfluss nehmen zu können. So ist Arteriosklerose im Rahmen kardiovaskulärer Erkrankungen langfristig nur über das Gesundheitsverhalten, wie Ernährung, körperliche Betätigung oder Blutzucker-Einstellung bei Diabetes mellitus, modifizierbar [5]. In der Rehabilitation kommt es infolgedessen immer mehr zur Hinwendung zum subjektiven Empfinden von Krankheit und Gesundheit [24]. Auch Erwartungen, Motivation und Zufriedenheit kommt im Behandlungsverlauf vermehrt Bedeutung zu [24]. Die Relevanz von subjektiv-orientierten Behandlungskonzepten wurde bereits in einigen Studien untersucht und belegt [24,25]. Für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess sollte der Rehabilitand so früh wie möglich als selbstverantwortlich in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Buchholz schreibt: „Nicht das „Behandeltwerden“, sondern das eigene Handeln – das Krankheits- bzw. Selbstmanagement – steht im Vordergrund“ [24]. Unterstützt werden sollte während des Rehabilitationsprozesses insbesondere die Verhaltensmodifikation hin zu einem gesünderen Lebensstil, dem Abbau von Risikofaktoren und dem Coping von Behinderungen im täglichen Leben. Hierbei sind Methoden wie Gesundheitsbildung und -training, Beratung, Schulung, interaktive Seminare feste Bestandteile der multidisziplinären Reha [12]. Gründel et al. beschreiben in diesem Zusammenhang, dass „Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über die Erkrankung – unabhängig von den tatsächlichen funktionellen Beeinträchtigungen – sowohl bei den Patienten, als auch bei den Angehörigen, mit einer besseren Einschätzung des gesundheitlichen Status sowie mit einer höheren Lebensqualität einhergeht“ [25]. Die Behandlung der Rehabilitanden erfolgt weitestgehend entsprechend einer von Fachgesellschaften erarbeiteten Leitlinie (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, AWMF, DGNKN) sowie den Therapiestandards der Kostenträger, sodass sie als evidenzbasiert und praxisorientiert gilt. Evidenzbasierte Methoden sind hier beispielsweise motorisches Training, Maßnahmen zur Schmerzlinderung, Ausdauertraining, Hirnleistungstraining und Stressbewältigungstraining. Praxisbasierte Maßnahmen

beschäftigen sich mit Krankheitsbewältigung, Motivationsförderung, Ernährungsschulung, klinische Sozialarbeit und Komorbidität [5].

1.3 Neurologische Rehabilitation

1.3.1 Besonderheiten

Die neurologische Reha nimmt im Vergleich zu anderen Indikationen eine Sonderstellung ein. Sie ist zwar zahlenmäßig eher in geringem Ausmaß vertreten, die Auswirkung auf die Betroffenen sind jedoch weitreichend [12]. Hirnschäden können sowohl motorische Fähigkeiten wie Gehen, Stehen und die Sprache als auch die geistigen Leistungen, wie etwa die Konzentrationsfähigkeit und die Gedächtnisleistung beeinträchtigen [12]. Je nach betroffener Hirnregion existieren vielzählige Störungsmuster, welche teilweise in typischer Konstellation mit unterschiedlich starken Ausprägungen vorkommen. Beispielsweise ist bei einer Durchblutungsstörung im Bereich der A. cerebri media rechts eine gesichtsbetonte Halbseitenlähmung mit Sprachstörung typisch, die patientenabhängig stark variiert [5]. Rehabilitanden nach Schlaganfall werden mit von einer Kombination aus motorischen, sprachlichen und mentalen Einschränkungen konfrontiert. Zu den häufigsten vertretenen Störungen nach einem Schlaganfall gehören [5]:

- Gang- und Stand-Störungen
- Sehstörungen wie Hemianopsie mit der weiteren Folge von Lese- und Schreib-Problemen oder eingeschränkter Orientierung im Raum
- Spezifische Störungen: Schluck- oder Sprechstörung
- Neuropsychologisch: Eingeschränkte Aufmerksamkeit, Gedächtnisfunktion, Lern und Merkfähigkeit
- Depressionen
- Krankheitsbewältigungsprobleme (Coping), Adaptationsschwierigkeiten

Das breite Störungsspektrum, das sich zumeist auf die gesamte Lebenssituation auswirkt, erfordert während der Rehabilitation spezifische Strukturen und individuelle Behandlungskonzepte. Um die Vielfalt an Ausprägungen der Erkrankung abzudecken ist eine enge Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams unerlässlich [26,27].

Da sich während der medizinischen Reha potenziell die stärksten Verbesserungen in kurzer Zeit erzielen lassen, ist hier meist ein entscheidender Wendepunkt, ob und mit welchen Einschränkungen die Betroffenen nach Schlaganfall ihr zukünftiges

Leben gestalten müssen [3]. Eine (teilweise) Wiederherstellung von Körperfunktionen ist nach Schlaganfall durch die Plastizität des Gehirns möglich. Bewegungsabläufe können von benachbarten Teilen des Hirns übernommen werden. Diese Anpassungen brauchen jedoch meist viel Zeit und Übung [5]. Von der Schwere des Schlaganfalls können keine Aussagen zu der Wiederherstellung von Funktionen oder bleibenden Beeinträchtigungen getroffen werden, wodurch die Einschätzung einer positiven Rehabilitationsprognose und damit des Reha-Bedarfes vor der Reha sehr schwierig sein kann [5,28]. Wenn es zu Residualschäden mit Langzeitbehinderungen kommt, steht die Bewältigung der Folgen im Vordergrund. Die Betroffenen müssen lernen, mit der Behinderung umzugehen und sie zu kompensieren [5]. Um die Akzeptanz von einer bleibenden Behinderung und damit eine verbesserte Lebensqualität zu erreichen, ist eine Änderung der Wahrnehmung der einfachste und effektivste Weg [9]. Somit bilden auch (neuro-)psychologische Interventionen ein nicht zu vernachlässigendes Therapieelement der neurologischen Rehabilitation [27].

1.3.2 BAR-Phasenmodell

Um die verschiedenen Zustandsphasen der Betroffenen während der Rehabilitation zu definieren, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ein Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation entwickelt. Die Betroffenen werden je nach Ausprägungsgrad ihres Beschwerdebildes und der Selbstständigkeit bei Aktivitäten in die Phasen A bis F eingeteilt [5]. Die Phasen werden nicht unbedingt chronologisch von den Rehabilitanden durchlaufen, es können sowohl Phasen übersprungen als auch Rückstufungen gemacht werden. Die jeweilige Phase bestimmt die Leistungen des zuständigen Rehabilitationsträgers und die Behandlungsziele der Reha [12]. Im Akutkrankenhaus findet in den meisten Fällen bereits eine Frührehabilitation auf den sogenannten Stroke-Units statt (BAR-Phase B). Daran anschließend folgt oft die postprimäre Reha (BAR-Phase C und D), die in externen Reha-Kliniken stattfindet. Tabelle 1 gibt eine Übersicht der einzelnen Phasen und ihre Beschreibungen. In dieser Studie wurden Rehabilitanden der BAR-Phase D befragt, welche einen günstigen Verlauf nach abgeschlossener Frühmobilisation aufweisen und eigenständig in den wesentlichen Aufgaben des täglichen Lebens sind. Während der Reha trainieren sie für eine weitgehend selbstständige Lebensführung in der

Häuslichkeit und die mögliche Rückkehr in die Erwerbstätigkeit [5,12]. Während der Reha der BAR-Phase D haben somatische, funktionale, psychische, soziale und edukative Maßnahmen in der Regel eine gleichrangige Gewichtung [5].

Tabelle 1: BAR-Phasenmodell

BAR-Phase	Beschreibung
A	Akutbehandlungsphase unmittelbar nach dem Ereignis
B	Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
C	Behandlungs-/ Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen
D	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation
E	Behandlungs-/ Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation. Im Mittelpunkt stehen nachgehende Reha-Leistungen unter Einschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
F	Langzeitpflege und Langzeit-behandlung; Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/ oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind

1.3.3 Qualitätssicherung

Im neurologischen Rehabilitationsprozess werden verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt, um Reha-Erfolge zu sichern und stetig Verbesserungen vorzunehmen. Weiter trägt Qualitätssicherung zu mehr Patientenorientierung und Nutzertransparenz bei. Dazu finden Klinikintern beispielsweise Qualitätszirkel und Zertifizierungsprozesse statt, in Kombination mit extern vergleichender Qualitätssicherung [5]. Besonders durch die Rentenversicherungsträger wird eine regelmäßige Erfassung von Ergebnisqualität unter Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit durchgeführt. Die Diagnose Schlaganfall wird bei Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation oft nicht separat betrachtet, daher liegen hierfür keine spezifischen Erkenntnisse vor.

1.4 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF der Weltgesundheitsorganisation (WHO) klassifiziert "Komponenten von Gesundheit". Dazu werden Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren in die Klassifizierung einbezogen. Sie ist Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen und gesundheitspolitische Maßnahmen [23]. Für eine einheitliche Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung wurde die ICF erstellt, während Krankheiten nach der internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD) der WHO eingestuft werden. Mit den Klassifikationen wird eine bessere Kommunikation zwischen Fachkräften gewährleistet, eine wissenschaftliche Grundlage gelegt und ein systematisches Kodierungsschema zur Verfügung gestellt [3,23,29]. Das Grundverständnis der ICF wird am ehesten deutlich anhand des Begriffes der funktionalen Gesundheit. Diese liegt vor, wenn ein Patient in seiner gesamten Lebenssituation (Kontextfaktoren), seinen Aktivitäten und seiner Teilhabe uneingeschränkt handeln kann, so wie eine Person ohne eine Erkrankung. Jede Art der Beeinträchtigung wird von der ICF als Behinderung bezeichnet [23]. Weiter ermöglicht die ICF die Beschreibung von Wechselwirkungen zwischen körperlichen Beeinträchtigungen und den subjektiven Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Leben in der Gesellschaft [16]. Ziel dabei ist eine Versorgung von Betroffenen hin zu einer weitgehend normalen Teilnahme am normalen Leben in Beruf, Familie und Gesellschaft trotz Behinderungen [5,28]. Das Schaubild nach DIMDI 2005 (Abbildung 1) zeigt die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF [23]. Teilhabe bildet zusammen mit Aktivitäten und Körperfunktionen die Grundpfeiler des biopsychosozialen Modells der ICF. Zwischen den beiden Konstrukten Teilhabe und Aktivitäten existiert dabei keine klare Trennung [30]. Der Begriff „biopsychosozial“ beschreibt die Wechselwirkungen zwischen Teilhabe, dem Gesundheitszustand und Behinderung bzw. der Funktionsfähigkeit.

Bei einem Krankheitsverlauf handelt es sich um ein Zusammenspiel von biologischen (z.B. genetische Merkmale), psychischen (z.B. Copingstrategien) und sozialen Faktoren (z.B. Schichtzugehörigkeit). Bei der Rehabilitation gilt es dieses Zusammenspiel zu berücksichtigen [31,32].

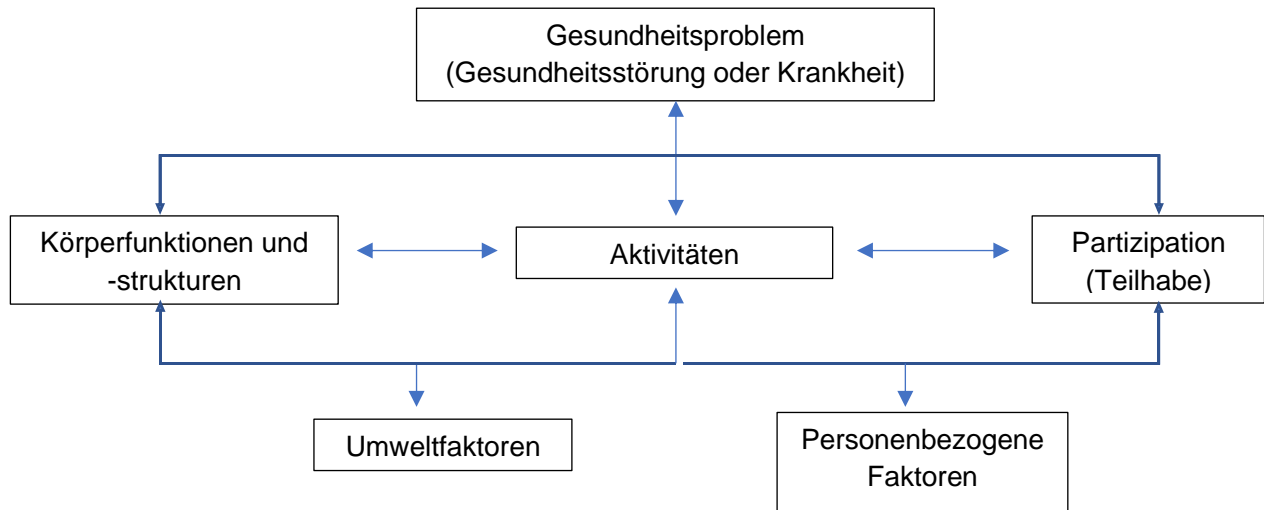


Abbildung 1: ICF der WHO nach DIMDI 2005

1.5 Das Konzept der Teilhabe

1.5.1 Definition

Teilhabe stellt ein wesentliches Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen dar und wird zunehmend in sozialmedizinischen Untersuchungen und politischen Diskussionen verwendet [30]. Dabei ist der Begriff der Teilhabe ein sehr unterschiedlich definiertes und schwierig zu erfassendes Konstrukt [17]. Nach der ICF der WHO 2005 beschreibt Teilhabe „das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.“ Dabei meint wiederum der Begriff „Einbezogenensein“ das „teilnehmen an“, „beschäftigt sein in“ einem Lebensbereich, „anerkannt werden“ oder „Zugang haben zu benötigten Ressourcen“ [17,23]. Nach dem Konzept der ICF werden bei der Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen auch personenbezogene Faktoren (u.a. Alter, Geschlecht, Erfahrung) und Umweltfaktoren (z.B. materielle und soziale Gegebenheiten des Umfeldes, Vorschriften und Weltanschauung) berücksichtigt [23]. Personen mit derselben chronischen Erkrankung können auf unterschiedliche Arten in ihrer Teilhabe eingeschränkt sein. Die vielfältigen Faktoren dürfen auch bei dem Erstellen von teilhabebezogenen Therapiekonzepten für die Reha nicht vernachlässigt werden. Beispielsweise müssen Barrieren wie Treppenstufen für Gehbehinderte in die

Maßnahmen der Reha integriert werden [26]. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beschreibt, je früher Leistungen zur Teilhabe nach einer Erkrankung oder Unfall eingeleitet würden, desto erfolgreicher seien sie [33]. Auch sollten die Patienten so früh wie möglich für die Stärkung des Selbstmanagements in den Behandlungsprozess integriert werden [24]. Eine hohe Korrelation von Teilhabestörungen wurde bereits für den Gesundheitszustand und die Lebensqualität, Komorbidität sowie generell für höheres Alter beschrieben [30]. In einer Studie von Töns nahmen Angehörige und Patienten nach einer Hirnschädigung eine deutliche Aktivitätsminderung und herabgesetztes Wohlbefinden wahr [28]. Bis 2023 wird das neue Bundes Teilhabegesetz (BTHG) eingeführt, welches 2020 verabschiedet wurde. Das BTHG fördert mit verschiedenen Reformstufen die Prävention von chronischen Erkrankungen und Behinderungen und den Erhalt der Erwerbstätigkeit. Maßnahmen sind dabei Verfahrensanweisungen für Reha-Träger, Qualitätskontrollen und Budgetierungen [34].

1.5.2 Erfassung der subjektiven Gesundheit

Besonders in der neurologischen Reha ist die Erfassung der subjektiven Gesundheit bedeutend. Nicht immer zeigen Rehabilitanden körperliche Fortschritte, jedoch kann bereits die Verbesserung des Selbstwertgefühles eine Steigerung der Teilhabe bedeuten [3]. Die Beurteilung der Teilhabe ist jedoch sehr individuell und subjektiv [5,35]. Subjektive Sichtweisen werden in der medizinischen Rehabilitation überwiegend unter Verwendung von Fragebögen oder mittels Befragungen erfasst [24]. Zur Erfassung der Teilhabe liegen als deutschsprachige Versionen bisher vier Instrumente vor (MiniICF-APP, SF-LLFDI, WHODAS II, IMET) [30]. Letztgenanntes Instrument wurde in vorliegender Studie eingesetzt.

1.5.3 IMET

Der *Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe* (IMET) wurde 2006 von Deck et al. entwickelt um das Konstrukt der Teilhabe zu erfassen [36]. Der IMET erfasst patientenbezogene Teilhabe als Selbstbeurteilungsinstrument und kann zur besseren Therapie-Abstimmung und -Erfolgskontrolle genutzt werden [37]. Er orientiert sich am biopsychosozialen Modell der ICF und setzt sich zusammen aus neun Fragen mit jeweils einer Skala von 0 bis 10. Hierbei steht die 0 für Beschwerdefreiheit und 10 für das nicht im Stande sein, die Aktivität auszuführen.

Abgefragt werden Aktivitäten und Teilhabe des alltäglichen Lebens, wie familiäre und häusliche Verpflichtung, tägliche Aufgaben und Verpflichtungen, Freizeit- und soziale Aktivitäten, Sexualleben und Stresslevel. Die einzelnen Fragen des IMET bilden einen Summenscore, sie sind aber auch einzeln auswertbar. Im Vergleich zu anderen Messinstrumenten der Teilhabe kann der IMET indikationsübergreifend eingesetzt werden und weist eine bessere interne Konsistenz sowie weniger Items auf [30]. Seit seiner Entwicklung hat sich der IMET bereits in zahlreichen Studien bewährt [17,30,38,39]. Der IMET wird von Patienten und Ärzten gut angenommen und „kann mit geringem Aufwand wirkungsvoll und effektiv eingesetzt werden“ [30].

1.6 Teilhabe beeinflussende Faktoren

Da in der ICF die Funktionsfähigkeit eines Menschen nicht nur von seiner Gesundheit, sondern auch von Kontextfaktoren abhängt, beschreiben die nachfolgenden Abschnitte verschiedene Teilhabe-beeinflussende Faktoren.

1.6.1 Psyche

Neben Gesundheitsbildung, körperlichem Training und körperlich therapeutischen Maßnahmen, bilden auch psychoedukative und psychotherapeutische Behandlungselemente einen wesentlichen Baustein eines umfassenden Behandlungsansatzes [24]. Im Querschnitt leidet etwa ein Viertel der Bevölkerung an psychischen Störungen, welche häufiger und längerfristig mit Einschränkungen der Teilhabe einhergehen als andere Erkrankungen [40]. Nach einem Schlaganfall ist eine depressive Störung („Poststroke Depression“ PSD) eine häufige Folgeerkrankung, welche die Mitarbeit während der Rehabilitation deutlich beeinträchtigen kann und zu herabgesetzten Rehabilitationserfolgen führt [41,42]. Sie tritt bei bis zu 25% der Patienten in verschiedenen Schweregraden nach dem Akutereignis auf. Der Häufigkeitsgipfel wird nach drei bis sechs Monaten erreicht und unbehandelt bleiben viele dieser Patienten depressiv [42]. Laut Linden können Gruppentherapien während der Rehabilitation, wie beispielsweise bei der Ergotherapie, sowohl die Kontaktfähigkeit als auch Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Selbstpflegefähigkeit steigern. Diese Fähigkeiten sind positiv beeinflussende Faktoren der Depressivität [40].

1.6.2 Zielsetzungen

Auch Reha-Ziele, Erwartungen, Motivation und Zufriedenheit sind wichtige Faktoren des Behandlungsverlaufes [24]. Besonders wenn der Patient unter Antriebsstörungen und depressiven Verstimmungen leidet, kann die individuelle Vereinbarung von Zielen für die Reha hilfreich sein [28]. Je nach Art und Schwere der Behinderung geht es bei den Zielen um Mobilität, Selbstversorgung und das soziale und berufliche Umfeld. Bei den zuvor noch berufstätigen Rehabilitanden steht dabei langfristig die Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit im Vordergrund [28].

1.6.3 Berufliche Tätigkeit

Der Beruf ist oft ein wichtiger Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Zudem schützt der Sozialkontakt mit Arbeitskollegen vor Isolation und Einsamkeit [3]. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit hängt nicht nur von der Art und Schwere der Beeinträchtigungen nach Schlaganfall ab, sondern auch von psychosozialen, ökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen. Dabei bedeutet die Rückkehr zum Beruf ein Gewinn an Normalität, welche wiederum bei der Krankheitsbewältigung helfen kann [43]. Zur Unterstützung der Rückkehr zur Arbeit existieren verschiedene Wiedereingliederungsmaßnahmen [3]. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung arbeitet der Rehabilitand zunächst nur stundenweise an seinem Arbeitsplatz. Die Anzahl der Stunden wird dann schrittweise erhöht, sodass sich der Rehabilitand wieder langsam eingewöhnen kann. Bei dieser Maßnahme konnten bereits deutliche Teilhabeeffekte gezeigt werden [43].

Während der Reha sind die Module zur beruflichen Orientierung für die Motivation der Eigeninitiative und Eigenverantwortung wertvoll. Nach Greitemann et al. bestehen zu viele Informationsdefizite zu Versicherungs- und Rentenfragen bei den Rehabilitanden. Greitemann et al. beschreiben: „Oft werden sie [die Rehabilitanden] von Arbeitgebern, Krankenkassen und Ärzten geradezu dazu aufgefordert, die Rente zu beantragen. Die Motivation zu einer aktiven Beteiligung am Behandlungsprozess kann jedoch nur dann entstehen, wenn diese Erwartungshaltung korrigiert und Alternativen zur Lösung beruflicher Probleme aufgezeigt werden können“ [44].

1.7 Der Einfluss des sozialen Status auf den Rehabilitationserfolg

Zu sozialer Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation existieren bereits zahlreiche Publikationen, vor allem in den Bereichen der orthopädischen und kardiologischen Reha [45–47]. Auch in den Fachbereichen der Onkologie, Psychosomatik und Kinderrehabilitation sind Studien zu dieser Thematik verfasst worden [48–50]. Janßen et al. beschreiben: „Unter sozialer Ungleichheit können horizontale Ungleichheiten wie Alter und Geschlecht, wie auch vertikale Ungleichheiten wie Beruf, Bildung und Einkommen, also der soziale Status bzw. die soziale Schicht, untersucht werden“ [51]. Somit kann die soziale Ungleichheit als die Besser- oder Schlechterstellung in Bezug auf Geld, Macht und Ansehen von Menschen in Relation zu anderen innerhalb einer Gesellschaft angesehen werden [52]. Die sozioökonomischen Faktoren Schulabschluss, Einkommen und berufliche Stellung werden in Studien einzeln oder in Kombination, mit unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Faktoren, zur Einteilung von sozialen Schichten verwendet [53,54].

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Berufsstatus häufiger mehrere Erkrankungen gleichzeitig aufweisen und über eine geringere Lebenserwartung verfügen, als Personen aus höheren sozialen Schichten [55–57]. Ein ungesunder Lebensstil bei unteren Sozialschichten, hervorgerufen durch beispielsweise Alkoholkonsum, Rauchen oder ungesunder Ernährungsweise, trägt zur Krankheitsentstehung bei [58]. Schichtspezifische Unterschiede lassen sich zudem im Bereich der medizinischen Rehabilitation feststellen [59]. Aus bisherigen Studien geht hervor, dass Personen mit einem hohen sozialen Status zu Beginn der Rehabilitation in größerem Ausmaß über den Inhalt und Ablauf der Maßnahmen informiert sind [45,59]. Hier spielt vermutlich bessere Bildung der höheren Sozialschicht eine tragende Rolle. Ein höheres Bildungsniveau geht mit einem höheren Gesundheitswissen einher und mit einem besseren Verständnis für Hintergründe und Inhalte der Reha-Maßnahme [55,60]. Hammersen et al. beschreiben, dass der Grad der Informiertheit Entscheidungen zu Therapien und möglichen Alternativen sowie das Gesundheitsverhalten beeinflusst, Patienten jedoch die verfügbaren Informationen zunächst verstehen müssen [61]. Ein mangelnder Informationsfluss oder auch die mögliche Gefährdung des

Arbeitsplatzes kann eine reduzierte Inanspruchnahme von Rehabilitation durch sozial benachteiligte Patienten erklären. In der Literatur ist ein deutlicher sozialer Gradient bei dem Verlust des Arbeitsplatzes beschrieben. Patienten der sozialen Oberschicht verlieren nach einer Rehabilitation seltener den Arbeitsplatz und kehren öfter und schneller wieder zu ihrer Arbeit zurück [62]. Ferner zeigen sie in Bezug auf Rente und die Gesundheit niedrigere Erwartungen an die Rehabilitation [45,63].

Auch in den Bereichen der subjektiven Gesundheit sind Rehabilitanden der unteren Sozialschichten durchschnittlich stärker betroffen. Die Verteilung in den einzelnen Skalen unterscheidet sich allerdings zwischen den Reha-Indikationen. So zeigt sich beispielsweise in der orthopädischen Rehabilitation, dass die sozial höher gestellten Rehabilitanden in Bezug auf die Teilhabe und Funktionseinschränkungen geringer beeinträchtigt sind. Hingegen sind in der psychosomatischen Rehabilitation die Teilnehmer der Ober- und Mittelschicht im Vergleich zur Unterschicht in der Teilhabe bedeutend mehr belastet [45]. Hier sind insbesondere auch Effekte außerhalb der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Gesundheitserhaltung und Bewältigung von chronischen Erkrankungen werden maßgeblich von sozialem Rückhalt beeinflusst. Persönliche Ressourcen sind für die Bewältigung von Krankheit entscheidend [53,58]. Auch der Armuts- und Reichtumsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales berichtet über den Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiver Gesundheit, nach Kontrolle für Altersunterschiede. Es wird beschrieben, dass Personen mit niedrigerem Einkommen ihre Gesundheit häufiger als schlecht einschätzen, als diejenigen mit höherem Einkommen [64]. Eine unterschiedliche Teilnahme an Aktivitäten während der Rehabilitation erwies sich in bisherigen Studien als nicht bedeutsam. Die Rehabilitanden werden während der Rehabilitation gleichermaßen gefordert und gefördert und haben die gleichen Chancen an Therapieeinheiten teilzunehmen. Nachsorge-Programme werden hingegen eher von den sozial höher gestellten Personen in Anspruch genommen [45].

Speziell für die Schlaganfall-Rehabilitation liegen bisher keine konkreten Untersuchungsergebnisse für soziale Unterschiede vor. Diese Lücke soll mit Hilfe der vorliegenden Arbeit geschlossen werden.

1.8 Fragestellung

Der Schlaganfall ist ein komplexes Krankheitsbild, welches sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen mit sich bringen kann. Auch innerhalb der neurologischen Rehabilitation nimmt die Diagnose eine Sonderstellung ein. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Rehabilitation und in Bezug auf soziale Unterschiede liegen für diese Indikation jedoch wenig spezifische Ergebnisse vor, sie wird in Untersuchungen meist nicht separat betrachtet. Insbesondere alltags- und teilhaberelevante Veränderungen über die Rehabilitation sind bisher in Studien bei Schlaganfall-Rehabilitanden weniger oft vertreten.

Im Rahmen dieser Studie sollen folgende Fragestellungen untersucht werden: I) mit welchen Eingangsbelastungen treten Schlaganfallpatienten der BAR-Phase D eine stationäre Rehabilitation an und II) welche Effekte sind unmittelbar am Ende und welche mittelfristig, vier Monate nach der Rehabilitation, zu beobachten? III) Wie zufrieden sind die Rehabilitanden mit der Maßnahme? IV) In welchem Ausmaß bestehen soziale Ungleichheiten in der Schlaganfall-Reha der BAR-Phase D in Bezug auf Effekte im Zugang, Prozess und Outcome?

2 Material und Methoden

Die beschriebenen Fragestellungen wurden im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten untersucht.

An der Studie beteiligten sich sechs Rehakliniken aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, in denen die Rekrutierung erfolgte und die als primäre Ansprechpartner für die teilnehmenden Rehabilitanden zur Verfügung standen. Folgende Reha-Einrichtungen waren beteiligt:

- 1) Diana-Klinik, Bad Bevensen
- 2) Klinik am Rosengarten, Bad Oeyenhausen
- 3) Neurologische Rehabilitationsklinik, Bad Bramstedt
- 4) RehaCentrum Hamburg
- 5) Median Rehazentrum, Gyhum
- 6) Zentrum für Rehabilitation, Jesteburg

2.1 Rekrutierung

In den sechs Rehakliniken fand eine fortlaufende Rekrutierung statt. Die Aufnahme der Rehabilitanden in die Studie erfolgte konsekutiv und freiwillig nach *informed consent* (Datenschutzaufklärung und Einwilligungserklärung). In Tabelle 2 sind die Ein- und Ausschlusskriterien, anhand derer die Rekrutierung durchgeführt wurde, aufgelistet.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none"> • Ein maximal drei Monate zurückliegender akuter Schlaganfall • Schweregrad der BAR-Phase D der neurologischen Rehabilitation • Stationärer Reha-Aufenthalt in einer der sechs Rehakliniken
Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none"> • Erneuter Schlaganfall während der Behandlungsphase D • Schwere Komplikationen während der Rehabilitation, die eine Fortführung unmöglich machen • Vorzeitiger Abbruch der Rehamaßnahme aus persönlichen Gründen • Alter >66 Jahre

Während des Rekrutierungszeitraumes (November 2015 bis Dezember 2016) wurden alle Rehabilitanden, welche die Einschlusskriterien erfüllten und bei denen kein Ausschlusskriterium vorlag, für die Studie rekrutiert.

Die jeweilige Beurteilung, ob ein Patient in der Lage ist, an der Studie teilzunehmen, erfolgte durch das medizinische Personal während des Aufnahmegesprächs.

Bei der Bearbeitung des Fragebogens kann es auf Grund des Krankheitsbildes eines Schlaganfalls zu Schwierigkeiten beim Ausfüllen kommen, sodass den Patienten in allen Kliniken bei Bedarf Unterstützung angeboten wurde. Die ärztliche oder therapeutische Unterstützungsleistung sollte die freie Antwortentscheidung des Patienten jedoch nicht beeinflussen.

2.2 Zielgrößen und Erhebungsinstrumente

Um die genannten Fragestellungen zu untersuchen, wurden standardisierte schriftliche Befragungen zu drei Messzeitpunkten durchgeführt: jeweils zu Beginn der Rehabilitation (T0) und nach Beendigung der Reha-Maßnahme (T1) sowie vier Monate nach Ende der Rehabilitation (Katanamnese, T2). Die ersten beiden Fragebögen wurden in der Klinik ausgefüllt und abgegeben, der Katanamnese-Fragebogen wurde den Studienteilnehmern von der jeweiligen Klinik per Post nach Hause zugesandt. Ausgefüllt sollte der Fragebogen anonym im beigefügten Rücksendeumschlag direkt an das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (ISE) zurückgeschickt werden. Jeder Fragebogen beinhaltet mehrere validierte Messinstrumente, um die im Folgenden beschriebenen Zielgrößen zu erheben.

Als primäre Zielgröße wurde der in Kapitel 1.5.3 beschriebene IMET definiert. Die einzelnen Fragen des IMET bilden einen Summenscore, sie sind aber auch einzeln auswertbar. Als sekundäre Zielgrößen wurden Variablen der Lebensqualität, körperliche Beschwerden, Vitalität, Depressivität, Funktionsbehinderungen, Leistungsfähigkeit und berufliche Teilhabe erfasst. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Einzelinstrumente und deren Erhebungszeitpunkte.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten wurde der SF-36 verwendet [65]. In der Studie wurde sich auf die Subskalen Vitalität und psychisches Wohlbefinden beschränkt. Körperliche Beschwerden werden über die Subskala Somatisierung der Symptom-Checkliste von Franke (SCL-90R) erfasst [66]. Sie enthält zwölf Fragen (Items), welche die subjektive Beeinträchtigung innerhalb der letzten sieben Tage durch körperliche Beschwerden erfassen. Anhand einer fünf-stufigen Skala können die Rehabilitanden ihre Beschwerden einschätzen, von überhaupt keine bis sehr starke körperliche Beschwerden [67].

Um katastrophisierende Kognitionen abzufragen, wird die Subskala hinderliche Selbstinstruktion aus dem Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Selbstinstruktionen (FSS) herangezogen. Dabei wurde in dieser Studie auf

Beschwerden statt Schmerzen fokussiert. Mit einer Skala von fast nie bis fast immer wurden die Rehabilitanden in neun Items über katastrophisierende Gedanken in Bezug auf die Beschwerdewahrnehmung und -bewältigung befragt [62, 72]. Als Instrument zur weiteren Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag wurde der von Kohlmann & Raspe (1996) entworfene *Funktionsfragebogen Hannover für Rückenschmerzen* (FFbH-R) genutzt. Mittels zwölf Fragen zu praktischen Tätigkeiten des Alltagslebens, wie beispielsweise einen schweren Gegenstand heben, wurden die subjektive Funktionskapazität bei alltäglichen Aufgaben erhoben, bezogen auf die letzten sieben Tage. Zur Beantwortung standen drei Möglichkeiten zur Wahl: *Ja / nur mit Mühe / nur mit fremder Hilfe* [68]. Die Auswertung erfolgt mittels eines Summenscores, wobei die Funktionskapazität als Prozentwert angegeben wird [69].

Zum Screening auf einen Erwerbsverlust ist die Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) geeignet, welche drei Items umfasst: i) die Erwartung des Rehabilitanden, das gesetzliche Rentenalter zu erreichen, ii) die persönliche Einschätzung, ob die Erwerbstätigkeit gefährdet ist und iii) die Absicht, einen Antrag auf vorzeitige Berentung zu stellen. Die Antwortmöglichkeiten sind Dichotom (*Ja/Nein*). Es resultiert ein vierstufiger Risikoscore (0=kein Risiko, 3=höchstes Risiko). Bei zwei und mehr Punkten ergibt sich ein hohes Risiko vor Erreichen des offiziellen Rentenalters aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden. Analog zum IMET können auch die Items der SPE-Skala sowohl einzeln, als auch gruppiert ausgewertet werden [70,71]. Weiterhin wurde die Leistungsfähigkeit erfragt bei Alltagsaktivitäten, Freizeit und im Beruf mit einer zehnstufigen Skala von 0 *sehr schlecht* bis 10 *sehr gut*. Um Prozessmerkmale, u.a. die Empfehlungen und Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten, zu erheben, wurden Fragen aus dem Katalog des Qualitätssicherungsprogrammes der deutschen Rentenversicherung verwendet, die auch in den Erhebungen der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (QGmR) eingesetzt wurden [75].

Erwartungen an die Reha und deren Erfüllung bei erneuter Abfrage nach Ende der Reha werden mit dem *Fragebogen zur Erfassung rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivationen* (FREM-8) ermittelt. Er umfasst acht Fragen, welche die vier Dimensionen Erholung, Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Rente abbilden. Der FREM-8 ist die Kurzversion des FREM-17. Jede der acht Fragen kann mit „stimmt genau = 3 Punkte“ bis „stimmt überhaupt nicht = 0 Punkte“ in einer

vierstufigen Skala beantwortet werden. Jeweils zwei Fragen werden dann zu einer Dimension (0-6 Punkte) zusammengefasst. [72,73]. Neben neurologischen Defiziten werden weitere Krankheiten mit der Komorbiditätsliste nach Sangha abgefragt [74]. Die Originalversion umfasst vierzehn Krankheiten und lässt Raum für weitere eigene Angaben. Die modifizierte Skala bezieht sich im Vergleich zur Originalversion nur auf die ärztlich festgestellten Krankheiten [74,75]. Weiter wurde bei der Aufnahme in die Reha-Klinik sowie am Ende der Rehabilitation der Barthel-Index erhoben. Das Instrument zur Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag ist ein Fremderhebungsinstrument mit 10 Items, wobei 0-100 Punkte zu vergeben sind [76].

Tabelle 3: Core Set von Instrumenten

Dimensionen	Messinstrumente	T0	T1	T2
Primäre Zielgröße				
Einschränkungen der Teilhabe	IMET [36]	+	+	+
Sekundäre Zielgrößen				
Allgemeinbeschwerden, Vitalität, psychisches Wohlbefinden, Katastrophisierende Kognitionen, Funktionsbehinderungen im Alltag	SCL-90R [77], Skalen SF-36 [66], FSS [78], FFbH-R [68]	+	+	+
Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen Berufliches Risiko	Fragenkatalog aus der QS der RV/QGmR, SPE-Skala [71]	+		+
Prozessmerkmale				
Empfehlungen und Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten	Fragenkatalog aus der QS der RV/QGmR [79]		+	+
Moderatorvariablen				
Reha-Erwartungen und -Ziele	Frem-8 [73]	+	+	
Schweregrad der Erkrankung (kognitive/neurologische Defizite)	Standardisierte Fragen zu neurologischen Defiziten aus QGmR Neurologie	+	+	+
Komorbidität	Komorbiditätsliste [74]	+	+	+
Soziodemographie (u.a. Ausbildung, Beschäftigungsstatus)	[80]	+		(+)

2.3 Sozialschichtindex

Es existieren verschiedene Methoden, um Studienteilnehmer in Sozialschichten einzuordnen. Sie unterscheiden sich in der Art und der Anzahl der berücksichtigten Dimensionen [51,53]. In dieser Arbeit wurde ein einfacher vertikaler Schichtindex nach Deck und Röckelein verwendet [80]. Er beinhaltet die drei Merkmale Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen. Diese drei Merkmale können als wesentliche sozioökonomische Dimensionen zur Einteilung sozialer Schichten einer Sozialstruktur angesehen werden [53,81,82]. Sie werden in jeweils drei Kategorien

mit jeweils Punkten von 1-3 unterteilt. Die erreichten Punkte werden einzeln aufaddiert. So ergibt sich ein Sozialschichtindex mit einer ungünstigen Sozillage bei 3 Punkten und der günstigsten Sozillage bei 9 Punkten, welcher in die Kategorien Unterschicht (3-4 Punkte), Mittelschicht (5-6 Punkte) und Oberschicht (7-9 Punkte) zusammengefasst werden kann (vgl. Tabelle A1, S.82).

2.4 Auswertungsstrategie

Vollständige Datensätze, die über alle drei Messzeitpunkte vorlagen, wurden in die statistische Analyse einbezogen (Complete-case analysis). Um eine systematische Verzerrung zwischen Teilnehmern und Studienabbrechern (Dropouts) festzustellen und die möglichen Unterschiede zu identifizieren, wurde eine Dropout-Analyse durchgeführt. Berücksichtigt wurden soziodemografische und sozialmedizinische Variablen, sowie die primären und sekundären Zielgrößen.

2.5 Statistische Methoden

Für die Auswertung wurde das Statistikprogramm SPSS Version 22.0 für Windows genutzt [83]. Zur Bestimmung der Gruppenunterschiede bei der Dropout-Analyse sowie zur Beschreibung der Stichprobe zu Studienbeginn wurden deskriptive Statistiken verwendet. Mittelwerte und Standardabweichungen wurden bei metrischen Variablen, absolute und prozentuale Häufigkeiten bei kategorialen Merkmalen angegeben. Für die Gruppenvergleiche wurde bei nominalskalierten Daten der Chi-Quadrat Test bzw. der exakte Test nach Fischer (bei zwei dichotomen, nominalskalierten Variablen) und bei metrischen Daten der T-Test nach Student eingesetzt. Um Veränderungen im Zeitverlauf zu analysieren, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung (F-Test) durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ festgelegt. Weiter wurden Intragruppen-Effektstärken berechnet, die nach Cohen interpretiert wurden [84]. Eine Effektstärke (Cohen´s d) von $d=0.2$ wurde als kleiner Effekt interpretiert, $d=0.5$ als mittlerer Effekt und $d=0.8$ als großer Effekt.

2.6 Studiendurchführung

Jede der beteiligten Kliniken wurde angewiesen 100 Patienten in die Studie einzuschließen. Die Fragebögen wurden den beteiligten Kliniken vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Lübeck (ISE) in ausreichender Anzahl zur Verfügung gestellt und von den Studienverantwortlichen in den Reha-Kliniken an

die teilnehmenden Rehabilitanden ausgeteilt. Der Katanamnese-Bogen wurde den Rehabilitanden von der Klinik nach Hause zugeschickt. Datenerfassung und -dokumentation erfolgte im ISE. Die Befragung der Rehabilitanden erfolgte im Zeitraum von November 2015 bis Juli 2017. Rehabilitanden wurden bei der Aufnahme von den behandelnden Ärzten über die Studie aufgeklärt und bei Einwilligung konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Die Ausgabe und das Versenden (T2), wie auch das Einsammeln der Fragebögen (T0 und T1) wurde von den Studienverantwortlichen der jeweiligen Reha-Klinik durchgeführt. Zur Qualitätssicherung bei der Datenerhebung wurden die Studienverantwortlichen im Vorfeld des Projektes geschult. Es sollte damit gewährleistet werden, dass die Unterstützung der hilfebedürftigen Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen nicht zu Verfälschungen führt. Zur Sicherstellung des Datenschutzes wurden personenbezogene Daten in der Reha-Klinik pseudonymisiert, d.h. die Zuordnungslisten wurde in den Reha-Einrichtungen aufbewahrt. Nach Abschluss der Katanamnese und Datenkontrolle wurde diese gelöscht, sodass eine Verknüpfung zwischen personenbezogenen Daten und der ID-Nummer nicht mehr möglich war.

2.7 Ethik

Die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck genehmigte die Studie in ihrer Sitzung am 12.03.2015 (AZ 15-024). Es wurden keine berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen oder berufsrechtlichen Bedenken gegen die Studie geäußert (siehe Anhang 9, S.122).

2.8 Eigenständigkeit

Bei Aufnahme der Dissertation waren die Planung und Teile der Datenhebung bereits abgeschlossen. Die abschließende Datenerhebung und nachfolgende Statistik wurden selbstständig durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf

In den sechs Rehakliniken konnten 390 Rehabilitanden nach akutem Schlaganfall, der maximal drei Monate zurücklag, für die Studie rekrutiert werden. Unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien wurden 25 Probanden ausgeschlossen, es blieben 365 Fälle für die Zeitpunkte Beginn und Ende der stationären Rehabilitation. Durch fehlende Fragebögen vier Monate nach der Reha-Maßnahme, zurückgezogene Teilnahme oder Krankheit schieden weitere 106 Patienten (Dropout: 29,1%) aus der Studie aus. Für die Auswertung standen komplette Datensätze von 259 Rehabilitanden zur Verfügung. In Abbildung 2 ist der detaillierte Probandenfluss grafisch dargestellt.

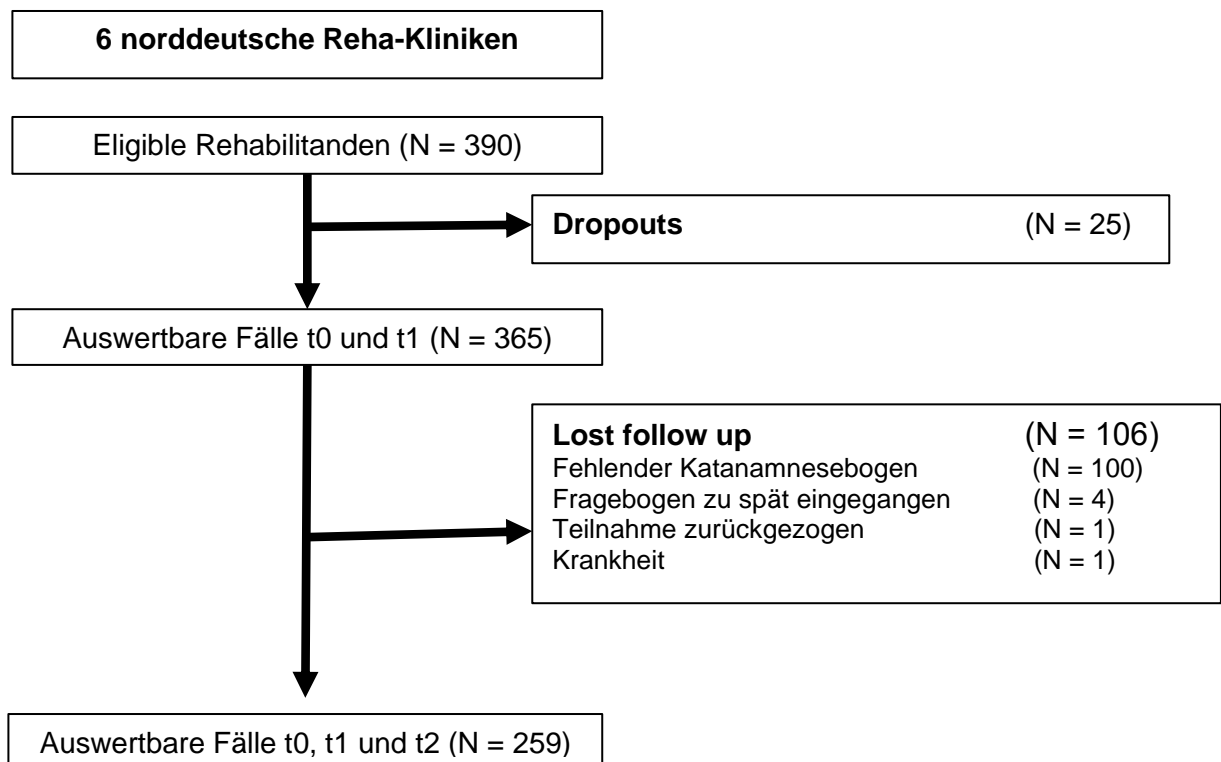


Abbildung 2: Selektion und Rücklauf der Fragebögen

3.2 Studienteilnehmer und Dropout

Um das Verzerrungsrisiko durch Dropouts abschätzen zu können, wurde eine Nonresponder-Analyse durchgeführt. Ausgeschiedene Rehabilitanden sind häufiger männlich ($p < 0,01$) und im Durchschnitt zwei Jahre jünger ($p = 0,01$).

Darüber hinaus sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den auswertbaren Teilnehmern und Dropouts festzustellen. Die Dropout-Analyse ist in Tabelle 4 einzusehen.

Tabelle 4: Dropout-Analyse

		Teilnehmer = 259	Dropouts = 106	p-Wert
Soziodemographische Merkmale				
Geschlecht, N (%)	männlich	165 (64,2)	82 (78,1)	<0,01
	weiblich	92 (35,8)	23 (21,9)	
Alter, Jahre, MW (SD)		54,5 (7,1)	51,8(8,5)	0,010
Schulbildung, N (%)	max. Hauptschule	89 (35,6)	41 (39,0)	0,799
	Realschule	95 (38,0)	39 (37,1)	
	Abitur	66 (26,4)	25 (23,8)	
Noch berufstätig, N (%)		214 (84,3)	81 (76,4)	0,055
Krankheitsbezogene Merkmale				
Aufnahme aus Rehapphase, N (%)	A	118 (76,6)	49 (75,4)	0,899
	B	1 (0,06)	1 (1,5)	
	C	35 (22,7)	15 (23,1)	
Hauptdiagnose, N (%)	Hirnfarkt	218 (85,5)	93 (89,4)	0,506
	Intrazerebrale Blutung	19 (7,5)	4 (3,8)	
	Subarachnoidale Blutung	18 (7,1)	7 (6,7)	
Barthel-Index bei Aufnahme, MW (SD)		96,4 (8,3) Range: 30-100	95,1 (11,7) Range: 35-100	0,266
Teilhabe, MW (SD)		26,9 (21,7)	27,04 (21,6)	0,859
Allgemeinbeschwerden, MW (SD)		6,2(5,2)	5,8 (5,2)	0,543
Funktionskapazität, MW (SD)		81 (19,2)	81,3 (19,7)	0,911
Katastrophisieren, MW (SD)		5 (7,8)	5 (8,1)	0,947

3.3 Stichprobenbeschreibung

In der endgültigen Stichprobe sind die Rehabilitanden im Durchschnitt 54,5 Jahre alt. 64,2% der Rehabilitanden sind männlich und 69,6% der Teilnehmer leben mit einem festen Partner zusammen. Der Großteil (73,6%) hat maximal einen Realschulabschluss und eine Lehre oder Ausbildung abgeschlossen. Ein monatliches Einkommen unter 2500 Euro haben 55,6% der Teilnehmer und 44,6% leben in einem Ort mit <10.000 Einwohnern. In Tabelle 5 sind die soziodemografischen und sozialmedizinischen Merkmale der Stichprobe detailliert aufgeführt. Der durchschnittliche BMI liegt mit 28,1 im adipösen Bereich und 29,2% der Rehabilitanden sind Raucher.

Tabelle 5: Stichprobencharakteristik

Soziodemografie		
Geschlecht, N (%)	Männlich	165 (64,2)
	Weiblich	92 (35,8)
Alter in Jahren, MW (SD)		54,53 (7,06)
Schulbildung, N (%)	max. Hauptschule	89 (35,6)
	Realschule	89 (35,6)
	Fachhochschule	27 (10,8)
	Abitur	45 (18)
Abgeschlossene Berufsausbildung, N (%)	Keine, Andere	23 (9,3)
	Lehre, Ausbildung	179 (73,1)
	Fachhochschule	20 (8,2)
	Universität, Hochschule	23 (9,4)
Familienstand, N (%)	Ledig	42 (16,7)
	verheiratet	156 (61,9)
	Verwitwet	11 (4,4)
	Geschieden	39 (15,1)
	Getrennt lebend	4 (1,5)
	Mit festem Partner zusammenlebend	112 (69,6)
Monatliches Nettoeinkommen, N (%)	<1500	65 (27)
	1500-<2500	69 (28,6)
	2500-3500	61 (25,3)
	>3500	46 (19,1)
Größe des Wohnortes, N (%)	< 10.000 Einwohner	113 (44,6)
	< 100.000 Einwohner	70 (27,7)
	> 100.000 Einwohner	70 (27,7)
Sozialmedizinische Variablen		
Erwerbstätigkeit, N (%)	Ganztags	163 (64,9)
	Min. halbtags	36 (14,3)
	Weniger als halbtags	12(4,8)
	Nein	40 (15,9)
Berufliche Stellung, N (%)	Arbeiter, Sonstiges	74 (29,3)
	Angestellter	145 (57,3)
	Beamter	10 (4,0)
	Selbstständig	24 (9,5)
Arbeitsunfähigkeit in Tagen, MW (SD)		51,62 (87,05)
Berufliches Risiko (SPE), N (%)	Berufsfähigkeit bis zum Rentenalter	148 (72,5)
	Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet	76 (36,7)
	Rentenabsicht, N (%)	50 (24,2)
Krankenkasse, N (%)	AOK	56 (22,2)
	Ersatzkrankenkasse	115 (45,6)
	Betriebskrankenkasse	36 (14,3)
	Ausschließlich privat	17 (6,7)
	Andere	28 (11,2)
Moderatorvariablen		
Raucher, N (%)		74 (29,2)
Größe in cm, MW (SD)		175,33 (9,81)
Gewicht in kg, MW (SD)		86,25 (19,98)
Gemittelter BMI		28,1

3.4 Ausgangslage zu Beginn der Rehabilitation (T0)

Den ersten Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation konnten fast alle Probanden selbstständig (92,9%) und ohne fremde Hilfe (89,6%) ausfüllen; 25 Teilnehmer brauchten Unterstützung. Entsprechend der BAR-Phase sind die meisten (73,2%) Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation bereits komplett selbstständig in ihrer Versorgung; 17,4% waren leicht eingeschränkt (Barthel Index: 85-95) und 9,4% hatten einen Barthel-Index zwischen 30 und 80.

3.4.1 Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

Zum ersten Mal eine Rehabilitation durchgeführt haben 71,6% der Befragten. Etwa die Hälfte der Teilnehmer wurde über den Sinn der Maßnahme informiert. Den meisten Patienten wurde die Rehabilitation vom Sozialdienst oder von einem Facharzt empfohlen. Bei 57,5% der Betroffenen wählte ein Angestellter des Krankenhauses die Reha-Klinik; in jeweils etwa einem Viertel der Fälle hat entweder die Rentenversicherung oder der Rehabilitand selbst die Reha-Klinik ausgesucht. Über das konkrete Behandlungsprogramm wurden die meisten Patienten von der Reha-Klinik informiert (Tabelle A2, S.82).

3.4.2 Erwartungen und Ziele

Die Erwartung sich Freizeit zu nehmen und beruflichen Stress zu reduzieren, hatten 63,9% der Rehabilitanden. Über die Hälfte der Rehabilitanden erwarteten jeweils sich um nichts kümmern zu müssen (53,7%) und gesünder zu leben (54%). Etwas weniger als die Hälfte der Rehabilitanden (45,2%) hatte die Erwartung sich zu erholen und 36,3% der Teilnehmer erwartete eine Bestätigung über verminderte Leistungsfähigkeit zu bekommen. Die Leistungsfähigkeit zu erhöhen und Hilfe bei der Rentenantragstellung zu bekommen, erwarteten 30,3% der Rehabilitanden (Abbildung A1, S.76). Zusammengefasst werden die Fragen zur Erfassung rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivationen (FREM-8) in den vier Skalen Erholung, Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Rente (Abbildung A2, S.76). In den Skalen der Erholung, Gesundheit und Rente hatte jeweils die Mehrheit der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation geringe oder keine Erwartungen. Hingegen zeigten sich bei der Skala Krankheitsbewältigung bei den meisten Teilnehmern hohe Erwartungen.

Im Rahmen der Entwicklung des FREM-8 wurden die Erwartungen von verschiedenen Krankheitsgruppen vor einer Rehabilitation erfasst [73]. Die durchschnittlichen Werte unterschiedlicher Krankheitsgruppen sind in Tabelle 6 zusammen mit den Werten aus dieser Studie von Schlaganfall-Rehabilitanden aufgeführt. Im Vergleich zu den anderen Indikationen waren die Erwartungen der Schlaganfallrehabilitanden in allen Bereichen etwa gleich stark oder geringer ausgeprägt. Insbesondere bei der Dimension Erholung waren die Erwartungen von Rehabilitanden der anderen Indikationen stärker ausgeprägt. Rentenbezogene Erwartungen sind hingegen generell eher seltener vertreten, am häufigsten bei orthopädischen Rehabilitanden [73].

Tabelle 6: Erwartungen bei unterschiedlichen Krankheitsgruppen nach Deck [73]

Dimensionen	Mittelwerte (SD)				
	Schlaganfall	Orthopädie	Psychosomatik	Pneumologie	Onkologie
Erholung	3,6 (1,4)	4,4 (1,5)	4,1 (1,5)	4,2 (1,4)	4,9 (1,2)
Gesundheit	4,7 (1,2)	5,0 (1,1)	4,7 (1,2)	5,2 (1,1)	5,0 (1,1)
Krankheitsbewältigung	3,7 (1,7)	3,9 (1,8)	4,3 (1,6)	4,2 (1,7)	3,2 (1,9)
Rente*	1,8 (1,8)	1,9 (1,9)	1,7 (1,8)	1,6 (1,7)	1,6 (1,6)

*nur die Berufstätigen

Ein langfristiges Ziel hatten fast alle Rehabilitanden (88,0%) zu Beginn der Rehabilitation. Zu den persönlich gesetzten Zielen zählten beispielsweise der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die Besserung des Gesundheitszustandes, die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und die Verbesserung der Lebensqualität. Die Erwartungen und Ziele haben 67,7% der Rehabilitanden besprochen, in den meisten Fällen (31,9%) mit dem Personal des behandelnden Krankenhauses (siehe Abbildung A3, S.76).

3.4.3 Subjektive Gesundheit

Im primären Outcome der Teilhabe weisen die Teilnehmer deutliche Einschränkungen auf. Die Gesamtbeeinträchtigung liegt deutlich über den Werten einer Bevölkerungsstichprobe. Je nach Alter und Geschlecht liegen die Bevölkerungs-Normdaten des IMET-Summenscore zwischen 14,5 und 20,6 (Altersgruppe 40 bis 69) [37]. In Tabelle 7 sind die IMET-Summenscores von verschiedenen Reha-Indikationen sowie die Normdaten einer Bevölkerungsstichprobe mit den jeweiligen Rahmendaten der Studien aufgeführt. Im Vergleich zu anderen Indikationen liegen die Ausgangsbelastungen der

Schlaganfall-Rehabilitation im Mittelfeld. Rehabilitanden aus den Bereichen Orthopädie und Psychosomatik weisen zu Beginn der Rehabilitation die größten Teilhabebeeinträchtigungen auf [30].

Tabelle 7: Vergleich des IMET-Summenscores verschiedener Reha-Indikationen

Stichprobe	N	Weiblich %	Alter, MW (Range)	IMET MW (SD) 0-90
Schlaganfall T₀	259	35,8	54,5 (24-66)	26,95 (21,7)
Ambulante Neurorehabilitation [38]	148	35,0	64,9	38,3 (21,7)
Bevölkerung HL [37]	2024	52,7	53,3 (19-79)	17,4 (20,7)
Orthopädie (AHB) [85]	814	59,9	67,5 (19-91)	40,4 (21,8)
Psychosomatik [85]	327	72,8	48,8 (21-72)	34,7 (19,2)
Neurologie [85]	250	52,8	53,6 (22-86)	38,3 (21,2)
Pneumologie [85]	158	51,9	54,9 (20-77)	25,5 (19,4)

Bei den weiteren Zielgrößen fallen die Beeinträchtigungen zu Beginn der Rehabilitation eher moderat bis gering aus. Abbildung 3 stellt die Ausprägungen der primären und sekundären Zielgrößen zu Beginn der Reha-Maßnahme dar. Hohe Werte können als hohe Beeinträchtigungen der jeweiligen Skala gewertet werden.

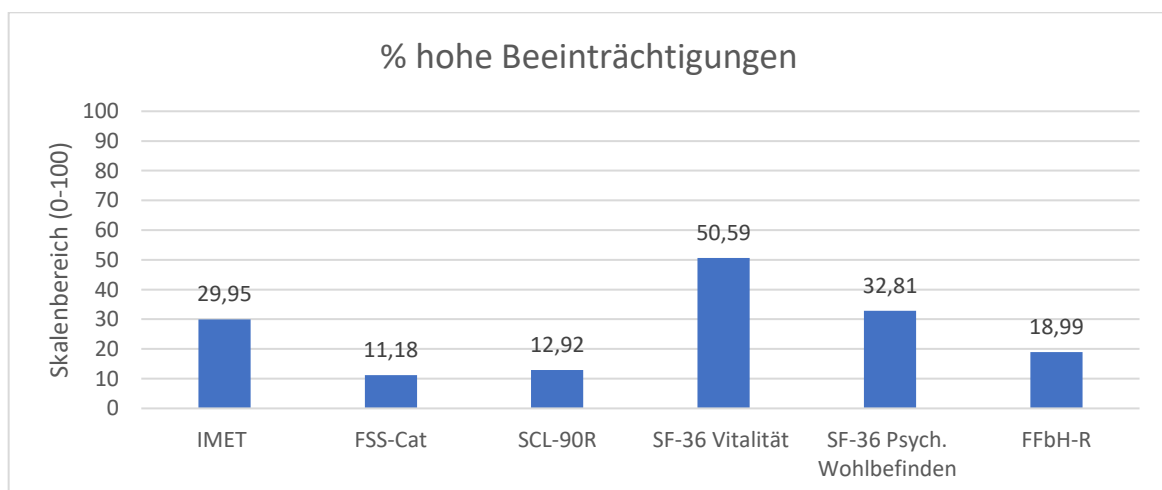


Abbildung 3: Ausprägungen der primären und sekundären Zielgrößen zu Beginn der Rehabilitation

Die Leistungsfähigkeit in den vorausgegangenen vier Wochen bei alltäglichen, beruflichen und Freizeit-Tätigkeiten wird von den meisten Rehabilitanden auf einer Skala von null (sehr schlecht) bis zehn (sehr gut) als mittelmäßig eingeschätzt. Ein Drittel der Befragten war wegen der aktuellen Beschwerden im Mittel 23 Tage körperlich so eingeschränkt, dass sie auch den üblichen Alltagstätigkeiten nicht nachgehen konnten.

3.4.4 Gesundheitszustand, Beschwerden und Schmerzen

Zu Beginn der Reha-Maßnahme gaben die Probanden einen zufriedenstellenden bis weniger guten Gesundheitszustand an. Abbildung 4 zeigt die Ausprägungen des subjektiven Gesundheitszustandes bei der ersten Befragung.

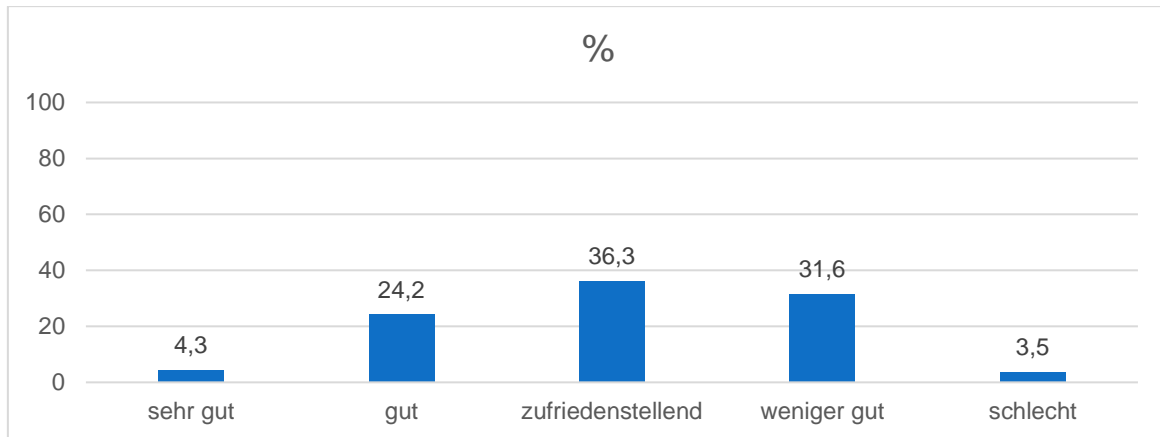


Abbildung 4: Gesundheitszustand zu Beginn der Rehabilitation

Neurologische Beschwerden zeigten sich zu Beginn der Rehabilitation am häufigsten in geringem Durchhaltevermögen (krankhafter Ermüdbarkeit). Die geringsten Probleme berichteten die Patienten beim Schlucken. Die weiteren neurologischen Beschwerden und deren Verteilung sind in Abbildung A4 (S. 77) aufgeführt. Die häufigsten ärztlich festgestellten weiteren Erkrankungen sind die Hypertonie (57,5%) und erhöhte Blutfettwerte (42,5%). Die wenigsten Rehabilitanden waren von Osteoporose oder Krebserkrankungen betroffen (vgl. Abbildung A5, S.77). In Hinblick auf Schmerzen gaben die meisten Rehabilitanden an, dass besonders die Nacken-Schulter-Rückenpartie betroffen ist. Am wenigsten vertreten waren Schmerzen im Unterleib (siehe Abbildung A6, S.77).

3.4.5 Berufstätigkeit

Für die noch berufstätigen Teilnehmer der Studie (N=212, 83,5%) wurde das Risiko erfasst, vorzeitig aus dem Beruf auszusteigen. Zum Screening der Gefährdung der Erwerbstätigkeit wurde die Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) verwendet. Überzeugt davon bis zum Rentenalter berufstätig bleiben, waren 72,5% der berufstätigen Rehabilitanden, während 36,7% die Erwerbstätigkeit als dauerhaft gefährdet ansahen. Die Absicht einen Antrag auf Rente zu stellen verfolgten 24,2%.

Zusammengenommen hatten 28,3% der Teilnehmer zu Beginn der Rehabilitation ein hohes Risiko aus der Erwerbstätigkeit vor Erreichen des offiziellen Rentenalters auszuschneiden (Abb. A7, S.78).

In den zwölf Monaten vor der Reha waren weniger als die Hälfte der berufstätigen Rehabilitanden (46,3%) für durchschnittlich 41 Tage krankgeschrieben.

3.4.6 Körperliche Aktivität und Lebensgewohnheiten

Zu Beginn der Rehabilitation betätigten sich 48,4% der Probanden täglich oder mehrmals pro Woche körperlich, wobei der größere Teil der Rehabilitanden sich maximal einmal pro Woche oder weniger oft sportlich bewegte (Abb. A8, S.78).

Der durchschnittliche BMI in dieser Studie lag mit 28,1 kg/m² im übergewichtigen Bereich (25-29,9 kg/m²). Zu Beginn der Rehabilitation waren 29,2% der Rehabilitanden Raucher, wobei diese durchschnittlich 14,25 Zigaretten am Tag rauchten.

3.5 Nach der Rehabilitation

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse zum Messzeitpunkt T1 am Ende der stationären Rehabilitation berichtet. Die Reha-Maßnahme dauerte durchschnittlich 29 Tage. Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beurteilte etwa die Hälfte der Rehabilitanden (46,2%) nach Beendigung der Reha-Maßnahme als gut bis sehr gut, das sind 17,5% mehr als vor der Rehabilitation ($p < 0,01$). Auch der Anteil an Rehabilitanden mit einem zufriedenstellenden Gesundheitsstatus stieg von 36,3 auf 39,0%. Analog dazu fiel der Anteil der Angaben weniger gut oder schlecht von 35,1% auf 14,7%. Der graphische Vergleich ist in Abbildung 5 (S.38) dargestellt.

3.5.1 Subjektive Gesundheit

In Bezug auf die primäre Zielgröße Teilhabe weisen die Teilnehmer am Ende der Rehabilitation eine signifikante Verbesserung mit mittlerer Effektstärke (0,53) auf. Die Funktionskapazität verbesserte sich mit kleinem Effekt (0,41) und das Katastrophisieren verringert sich ebenfalls mit mittlerer Effektstärke (0,61). Die Skalen Vitalität und psychisches Wohlbefinden wurden zum Zeitpunkt nach Beendigung der Reha-Maßnahme nicht abgefragt. Ein detaillierter Vergleich der primären und sekundären Zielgrößen über die Zeit ist im Abschnitt der Katanamnese aufgeführt und die Werte in Tabelle 8 (S. 36) zusammengefasst.

3.5.2 Reha-Erwartungen und Ziele

In der Dimension der Erholung wurden die Erwartungen an die Maßnahmen signifikant übertroffen ($p < 0,01$). Vor der Rehabilitation lag der Mittelwert der Erwartungen an die Erholung bei 3,61 während nach der Rehabilitation durchschnittlich ein Wert von 4,56 erreicht wurde. Eine signifikante Veränderung in den Dimensionen der Krankheitsbewältigung und der Rente konnte nicht festgestellt werden. Hingegen wurden in der Dimension der Gesundheit die Erwartungen signifikant weniger oft als erfüllt angesehen, hier lagen die Werte vor der Rehabilitation bei 4,73 und nach der Maßnahme bei 4,28 ($p < 0,01$) (siehe Tabelle A3, S. 82). Die meisten Teilnehmer (74,1%) gaben an, die Reha-Klinik habe sehr viel Wert auf die gemeinsame Abstimmung der Behandlungen und Ziele gelegt. Etwa drei Viertel der Rehabilitanden haben den Umgang mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen und die Auseinandersetzung mit krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben gelernt.

Knapp zwei Drittel (61,0%) der Teilnehmer hat sich während der Rehabilitation seelischen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung zugewandt.

3.5.3 Neurologische Einschränkungen und Schmerzen

In Hinblick auf neurologische Erkrankungen wurden nach der Reha-Maßnahme signifikant seltener Kommunikationsstörungen, Probleme beim Sprechen, Sehstörungen, Lähmungen und Ermüdbarkeit angegeben (jeweils $p < 0,01$). Die prozentualen Angaben von Merkstörungen und Problemen beim Schlucken änderten sich nicht signifikant. Die Werte können in Abbildung A9 (S.78) eingesehen werden. Bei den Schmerzen zeigten sich im Vergleich zu vor der Rehabilitation signifikant verminderte Häufigkeiten von Nackenschmerzen ($p = 0,036$). Bei allen anderen Körperregionen gab es keine signifikanten Änderungen von Schmerzen (siehe Abbildung A10, S.79).

3.5.4 Beurteilung der Klinik und Betreuung

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung fand bei 84,4% der Rehabilitanden bereits am Aufnahmetag statt. Bei den anderen Teilnehmern wurde die Untersuchung spätestens drei Tage nach Aufnahme durchgeführt. In den meisten Fällen (63,3%) fand während des Aufenthaltes in der Reha-Klinik kein Arztwechsel statt. Bei 28,7% der Teilnehmer fand ein Wechsel und bei 8,5% zwei oder mehr Arztwechsel statt. Jeweils etwa 80% der Befragten gaben an, dass die Ärzte einfühlsam und verständnisvoll gewesen seien (80,3%), die Beschwerden sehr verständlich erklärt hätten (81,2%) und dass für den Patienten genau die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst wurden (80,0%). Von den meisten Befragten wurde auch der Umfang der Betreuung durch Ärzte (78,1%) und Pflegepersonal (86,0%) als ausreichend beurteilt. Über drei Viertel der Teilnehmer empfand die Pflegekräfte als sehr einfühlsam (82,8%) und die Betreuung wurde von der Mehrheit (83,0%) mit sehr gut oder eher gut bewertet. Die Pflegekräfte haben laut 79,0% der Rehabilitanden gut informiert und angeleitet. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Schwestern wurde von über der Hälfte (60,9%) der teilnehmenden Rehabilitanden als sehr gut bis ausgezeichnet bewertet. Die Mehrheit der Rehabilitanden (61,2%) hat während der Reha mit einer Psychologin oder einem Psychologen gesprochen. 74,8% dieser Rehabilitanden gaben an, dass sie ausreichend psychologische Betreuung erhielten und 83,0% beurteilten die

Psychologen als *voll und ganz* oder *eher* einfühlsam und verständnisvoll. Drei Viertel der Teilnehmer (78,3%) erhielten für sich genau die richtige psychologische Betreuung. Die Hälfte der Teilnehmer (48,8%) hatte Ängste während des stationären Reha-Aufenthaltes und in der Mehrheit der Fälle (82,4%) wurde mit ihnen über ihre Ängste gesprochen.

Mit der Klinik und der Unterbringung waren die Rehabilitanden durchweg zufrieden. Als sehr gut bis gut wurde von den meisten der Rehabilitanden die Organisation der Abläufe in der Rehaklinik (76,5%), die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Service) (>90%) und die Ernährung (70,7%) bewertet. Nur ein sehr geringer Anteil (<3%) der Teilnehmer bewerteten die Ablauforganisation und Verwaltung sowie das Essen jeweils als sehr schlecht.

3.5.5 Beurteilung der Behandlungen und Gesundheitsbildung

Die Behandlungen begannen bei fast zwei Drittel der Teilnehmer (64,7%) am zweiten Aufenthaltstag. Am häufigsten (93,1%) nahmen die Rehabilitanden an der Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditions-/Terraintraining) teil. Die weiteren häufigen Behandlungen waren die neuropsychologische Therapie (82,5%), die Ergotherapie (78,2%), die Gruppen-Krankengymnastik (59,6%) und die Entspannungstherapie (59,3%). Am seltensten wurden die Beschäftigungstherapie (25,7%) und die Beratung zum Arbeitsplatz (34,7%) besucht. Die Gruppen-Krankengymnastik wurde mit durchschnittlich sieben Personen durchgeführt. Die Behandlungen wurden im Mittel mit einer Note von 4,3 auf einer Skala von 1 *sehr schlecht* bis 5 *sehr gut* bewertet. Der Umfang der Teilnahme an Behandlungen während der Rehabilitation ist in Abbildung A11 (S.79) dargestellt. Bei der Frage welche Behandlung am besten geholfen habe, wurden am häufigsten die Bewegungstherapie und nachfolgend die Ergotherapie, funktionelle Therapien (z.B. Logopädie), Gedächtnistraining oder Gleichgewichtszirkel, und physikalische Therapien (Wärmeanwendungen, Massagen) genannt. In den meisten Fällen (77,3%) sind die Behandlungen nie bis maximal einmal während der gesamten Rehabilitation ausgefallen. Bei der Hälfte der Rehabilitanden (51,4%) fand kein oder höchstens ein Wechsel des Therapeuten statt. Mehr als drei Wechsel gaben 14,0% der Teilnehmer an. Insgesamt waren 86,2% Teilnehmer der Meinung, dass für ihre Beschwerden die richtigen Angebote, Behandlungen und Beratungen in der Reha-Klinik angeboten wurden und 80,5% der Befragten gaben an, dass sie ausreichend

viele Behandlungen erhalten haben. In Bezug auf die Gesundheitsbildung wurden von 82,4% der Teilnehmer gesundheitsbezogene Vorträge wahrgenommen, z.B. zum Thema Ernährung, oder Stress und Bewegung. Auch Beratung und Hilfe in rechtlichen Dingen, wie Rentenfragen oder Beantragung des Schwerbehinderten-Ausweises und allgemeine Seminare zu Gewichtsreduktion sowie Nichtrauchertraining wurden jeweils von über der Hälfte der Rehabilitanden besucht. Die Lehrküche oder krankheitsbezogene Schulungen wurden von 26,9% der Teilnehmer in Anspruch genommen. Von den Berufstätigen nahmen 47,6% Beratungen und Hilfen zur Erleichterung der Rückkehr zur Arbeit wahr und 32,5% der berufstätigen Teilnehmer konnte erproben, welchen Arbeitsaufgaben sie noch gewachsen waren. Die Schulungen und Vorträge wurden im Mittel mit gut bewertet.

3.5.6 Gesamteindruck der Reha-Maßnahme

Insgesamt würden 91,3% der teilnehmenden Rehabilitanden das Rehabilitationsprogramm bzw. die Rehabilitationsklinik der Familie oder Freunden bei Bedarf weiterempfehlen. Der Aufenthalt der Rehabilitation wurde von 56,7% der Rehabilitanden als sehr gut bis ausgezeichnet bewertet, als gut bis mittelmäßig von 43,4% und von keinem Teilnehmer als schlecht. Auch der Erfolg der Rehabilitation wurde von 54,7% der Teilnehmer als sehr gut bis ausgezeichnet bewertet. Als gut oder mittelmäßig bewerteten 44,9% der Teilnehmer den Erfolg der Maßnahme und 0,4% der Rehabilitanden als schlecht.

3.6 Vier Monate nach der Rehabilitation

Der folgende Abschnitt beschreibt die Ergebnisse der Katanamnese vier Monate nach Rehabilitationsende (T2).

3.6.1 Subjektive Gesundheit

Über die Zeit der Reha-Maßnahme verbesserten sich alle Zielgrößen der Rehabilitanden signifikant und näherten sich zur Katanamnese wieder dem Ausgangsniveau an (vgl. Tabelle 8). Das Hauptzielkriterium Teilhabe weist eine deutliche und nachhaltige Verbesserung sowohl direkt nach der Rehabilitation als auch zum Katanamnese-Zeitpunkt auf. Die katastrophisierenden Kognitionen und körperlichen Beschwerden hingegen verbesserten sich zunächst über die Rehabilitation hinweg mit mittlerer und kleiner Effektstärke und verschlechterten sich dann in der Zeit der Katanamnese sogar über den Wert der Ausgangslage. Auch die Funktionskapazität verbesserte und verschlechterte sich parallel zur Teilhabe. Die Vitalität und das psychische Wohlbefinden zeigten signifikante Verbesserungen mit maximal kleinen Effektstärken. Die Leistungsfähigkeit wurde zu Beginn der Rehabilitation in den einzelnen Lebensbereichen jeweils als mittelmäßig eingeschätzt. Zur Katanamnese verbesserte sich die subjektive Leistungsfähigkeit in allen Bereichen signifikant.

Tabelle 8: Vergleich der Summen-Mittelwerte der primären und sekundären Zielgrößen

Mittelwert (SD)	T0	T1	T2	Effektstärke ¹		p-Wert ²
				T0-T1	T0-T2	
IMET (0-90)	26,95 (21,8)	19,16 (19,7)	21,50 (21,4)	0,53	0,26	<0,01
FFbH-R (0-100)	81,01 (18,9)	86,24 (16,9)	84,41 (20,6)	0,41	0,20	<0,01
FSS-Cat (0-45)	5,10 (7,7)	3,69 (7,1)	5,56 (8,5)	0,61	-0,06	<0,01
SCL-90R (0-48)	6,26 (5,2)	4,80 (4,6)	6,32 (5,9)	0,32	-0,02	<0,01
SF-36 Vitalität (0-100)	49,33 (22,3)	*	54,94 (22,1)	*	0,25	<0,01
SF-36 Psych. Wohlbefinden (0-100)	67,12 (19,9)	*	69,46 (19,4)	*	0,13	0,043
LF-Alltag	5,18	*	6,7	*	0,44	<0,01
LF-Freizeit	5,22	*	6,83	*	0,48	<0,01
LF-Beruf	5,08	*	6,13	*	0,18	0,021

Signifikante Werte fett gedruckt, ¹ Die Effektstärke wird nach Cohen's d interpretiert, ² F-Test, * Merkmal am Ende der Reha nicht erhoben

Die Anzahl der Teilnehmer, die sich krankheitsbedingt eingeschränkt fühlten, änderte sich über die Rehabilitation nicht signifikant ($p=0,081$). Durchschnittlich waren die betroffenen Rehabilitanden 44 Tage nach der Rehabilitation nicht fähig

ihre Alltagstätigkeiten auszuführen. Im Vergleich zu vor der Maßnahme (23 Tage) waren die Betroffenen demnach signifikant länger eingeschränkt ($p < 0,01$).

Bei Betrachtung des IMET auf Item-Ebene wird deutlich, dass vor der Rehabilitation besonders die täglichen Aufgaben, die Erholung, Stress und das Sexualleben als beeinträchtigt angegeben wurden. Wie bereits am Summenscore zu erkennen, findet eine deutliche Verbesserung über die Zeit der Rehabilitation statt. Am Ende der Reha-Maßnahme gaben die Schlaganfall-Rehabilitanden in den Bereichen übliche Aktivitäten, tägliche Aufgaben und persönliche Beziehungen sogar Werte an, welche im Bereich der Daten der Allgemeinbevölkerung liegen (vgl. Tabelle A4, S.82). Deutlich stärker eingeschränkt, auch in der Katanamnese, sind die Rehabilitanden der vorliegenden Studie in den vier zuvor genannten Bereichen (vgl. Tabelle 9). In der Bevölkerungsstichprobe wurden die größten Teilhabebeeinträchtigungen in den Bereichen Erholung, Sexualleben und Stress angegeben [17]. Im Vergleich zu anderen Studien, wie der ambulanten Neurorehabilitation oder indikationsübergreifenden Daten der QGmR, fühlen sich die Schlaganfall-Rehabilitanden gestresster und stärker beeinträchtigt in den täglichen Aufgaben. Die anderen Items sind in etwa gleich stark eingeschränkt wie bei den anderen Studien (vgl. Tabelle A4, S.82). Die orthopädischen Rehabilitanden sind vermehrt in den Bereichen der sozialen Aktivitäten, sozialen Beziehungen und im Sexualleben eingeschränkt. Onkologischen und pneumologischen Rehabilitanden gaben hingegen höhere Beeinträchtigungen eher bei außergewöhnlichen Belastungen und Stress an [85].

Tabelle 9: Veränderungen der einzelnen Teilhabebereiche

IMET Einzelitems	Mittelwerte (SD)			Effektstärke ¹		p-Wert ²
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	
übliche Aktivitäten	1,5 (2,0)	1,1 (2,0)	1,3 (2,1)	0,20	0,08	<0,01
häusliche Verpflichtungen	2,9 (2,7)	2,1 (2,5)	2,1 (2,6)	0,35	0,27	<0,01
außerhäusliche Erledigungen	2,9 (3,1)	2,0 (2,7)	1,8 (2,6)	0,36	0,34	<0,01
tägliche Aufgaben	4,2 (3,4)	2,9 (3,0)	2,9 (3,1)	0,44	0,36	<0,01
Erholung	3,7 (3,0)	2,3 (2,6)	2,5 (2,8)	0,56	0,36	<0,01
soziale Aktivitäten	2,9 (3,0)	1,7 (2,4)	2,1 (2,7)	0,48	0,24	<0,01
persönliche Beziehungen	1,8 (2,5)	1,4 (2,5)	1,9 (2,6)	0,18	-0,01	<0,01
Sexualleben	3,1 (3,2)	2,4 (3,2)	3,2 (3,5)	0,30	-0,01	<0,01
Stress	4,1 (3,1)	3,3 (3,1)	3,7 (3,1)	0,31	0,12	<0,01

¹ Die Effektstärke wird nach Cohen's d interpretiert, ² F-Test

3.6.2 Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand der befragten Teilnehmer verbesserte sich im Verlauf der Rehamaßnahme und in der Katanamnese signifikant ($p < 0,01$). Der prozentuale Anteil der Rehabilitanden mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand hat sich zum Zeitpunkt T2 im Vergleich zu vor der Reha-Maßnahme jeweils etwa halbiert. Hingegen hat sich der prozentuale Anteil der sehr guten Bewertungen etwa verdoppelt (siehe Abb. 5).

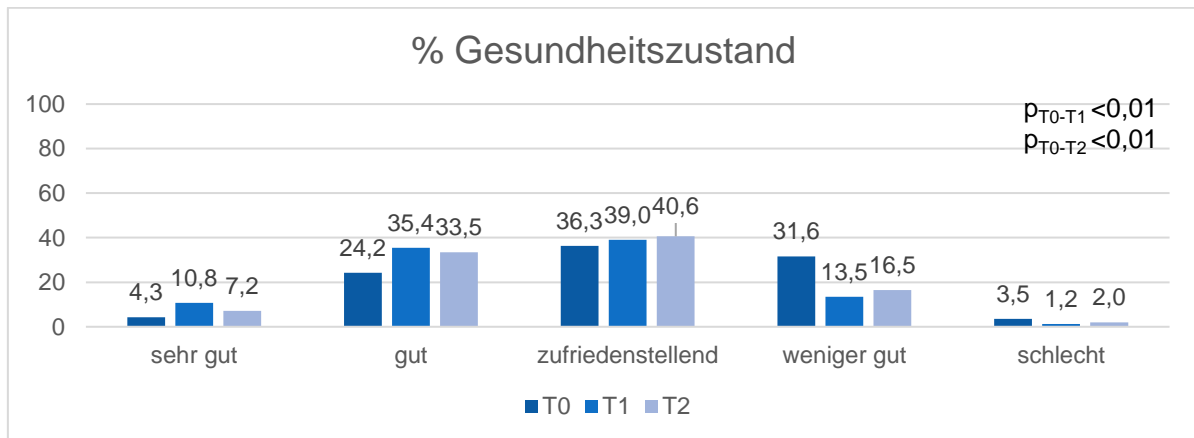


Abbildung 5: Vergleich des Gesundheitszustandes von T0, T1 und T2

3.6.3 Berufstätigkeit

Von denjenigen Rehabilitanden, die vor der Reha berufstätig waren (83,5%), behielten zwei Drittel (67,2%) ihren alten Arbeitsplatz ohne Änderungen. Die Teilnehmer, welche eine Änderung des Arbeitsplatzes erfuhren (N=72), gaben am häufigsten einen Verlust des Arbeitsplatzes (N=17, 23,6%) oder kürzere/angepasste Arbeitszeiten (20,9%, N=15) an. Bei anderen Rehabilitanden ergab sich beim bisherigen Arbeitgeber eine neue Aufgabe (15,3%, N=11), ein neuer Arbeitgeber (6,9%, N=5) oder die selbstständige Kündigung (6,9%, N=5). Nur ein geringer Anteil der Befragten hat eine Umschulung durchlaufen (N=2). Acht Teilnehmer haben einen Rentenantrag gestellt und drei Rehabilitanden bezogen bereits Rente.

Nach der Reha haben mehr Rehabilitanden ein hohes Risiko frühzeitig aus der Erwerbstätigkeit auszusteigen, dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht signifikant. In Abbildung 6 sind die einzelnen Aspekte des SPE-Scores im Zeitverlauf aufgeführt. Die persönliche Einschätzung der Berufstätigkeit bis zum Rentenalter zeigte eine signifikante Verschlechterung ($p = 0,02$).

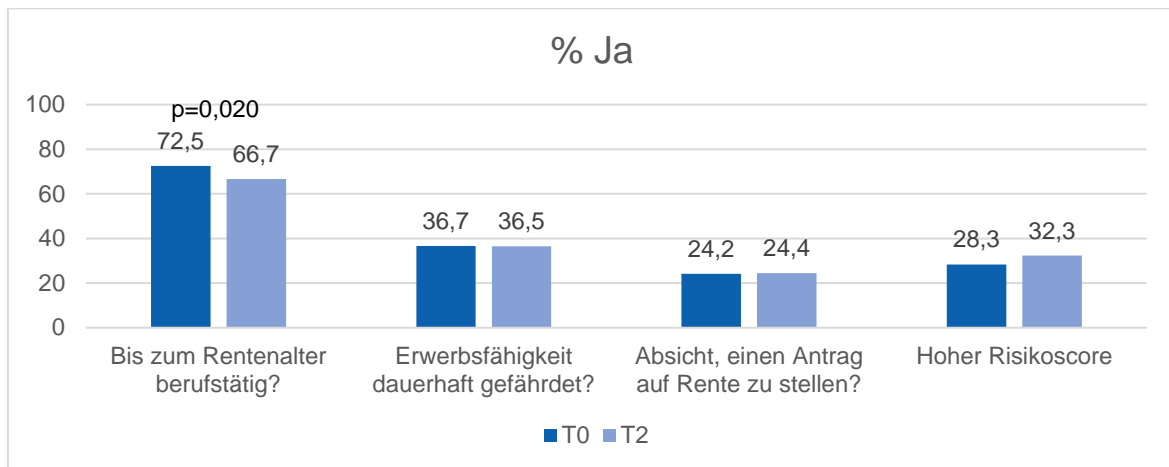


Abbildung 6: Vergleich SPE-Score T0 und T2

Zum Katanamnesezeitpunkt besaßen 59 Rehabilitanden einen Schwerbehindertenausweis. Einen Grad der Behinderung (GdB) von 1 bis 50 haben 40 Teilnehmer, 17 Rehabilitanden haben einen GdB zwischen 60 und 80 und 2 Teilnehmer haben einen GdB über 90.

In den zwölf Monaten vor der Reha wurden 46,3% der berufstätigen Rehabilitanden für durchschnittlich 41 Tage krankgeschrieben, signifikant mehr Rehabilitanden (59,2%) ($p=0,02$) wurden in den vier Monaten nach der Reha-Maßnahme krankgeschrieben, im Mittel für 87 Tage.

3.6.4 Fortbewegung und Wohnsituation

Als Fußgänger mobil sind 87% der teilnehmenden Rehabilitanden. Nur ein geringer Anteil (jeweils ca. 3%) gab an, ein Gehilfe, einen Hand-/Gehstock oder einen Rollator zu benutzen. Auf einen Rollstuhl angewiesen sind 1,5%. Selbstständige Autofahrer sind 43,0% Rehabilitanden. Andere Teilnehmer benutzen öffentliche Verkehrsmittel (16,4%), werden von einem anderen Autofahrer zum Wunschort gebracht (2,4%) oder fahren im Alltag mit dem Fahrrad (11,2%).

Jeweils etwa die Hälfte der Rehabilitanden lebt in einem Haus oder in einer Etagenwohnung. Auch sind bei der Hälfte der Haushalte (55,5%) Treppenstufen vorhanden, einen Fahrstuhl haben 6,6% der Teilnehmer. Keiner der Befragten lebt im Seniorenheim.

3.6.5 Risikofaktoren

Im Zeitverlauf von vor der Rehabilitation über die Maßnahme und die Katanamnese wird eine deutliche Steigerung der körperlichen Aktivität sichtbar. Schon zu Beginn der Reha gaben 48,4% der Rehabilitanden an, sich fast täglich oder mehrmals pro

Woche körperlich zu betätigen. Zum Zeitpunkt der Katanamnese waren es 67,1%, die diese Angabe machten. Um etwa drei Prozentpunkte verringerte sich die Anzahl der Rehabilitanden, die sich einmal wöchentlich betätigt. Bei den Angaben sich zwei bis dreimal im Monat zu bewegen, verringerte sich die Anzahl um 8,7 Prozentpunkte, bei der Angabe einmal pro Monat oder seltener körperlich aktiv zu sein verringerte sich die Anzahl um 5,5 Prozentpunkte und die Anzahl der Angaben keiner körperlichen Aktivität um zwei Prozentpunkte.

Vier Monate nach der Rehabilitation verringerte sich auch das Gewicht signifikant ($p < 0,01$) um durchschnittlich 3kg ($M_{T0} = 86\text{kg}$ und $M_{T2} = 83\text{kg}$). Auch das Rauchverhalten hat sich geändert. Zu Beginn der Reha rauchten 29,2% der Rehabilitanden, jedoch reduziert sich die Zahl der Raucher signifikant ($p = 0,050$) zum Katanamnesezeitpunkt auf 23,8%.

In Bezug auf weitere Erkrankungen ergab sich bei der Befragung zum Katamnesezeitpunkt ein signifikant erhöhter Anteil an Probanden mit einer diagnostizierten Hypertonie ($p < 0,01$) und einer Lipidstoffwechselstörung ($p = 0,049$). Weitere Erkrankungen waren nicht signifikant vermehrt oder vermindert (vgl. Tabelle A5, S.83).

3.6.6 Neurologische Einschränkungen und Schmerzen

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Reha verringerten sich zum Katanamnesezeitpunkt signifikant die Anzahl der Lähmungen ($p < 0,01$), signifikant gestiegen sind dagegen Probleme beim Schlucken ($p = 0,047$). Die Veränderungen der weiteren aufgeführten Einschränkungen sind nicht signifikant. Beim Vergleich aller drei Messzeitpunkte wird deutlich, dass der Umfang der einzelnen neurologischen Einschränkungen sich über die Zeit der Reha-Maßnahme verringert und dann in der Katanamnese wieder ansteigt, das Ausgangsniveau wird bei Merkstörungen, Kommunikationsstörungen und bei Problemen beim Schlucken überschritten (siehe Abbildung A9, S.78).

Es werden zum Katanamnesezeitpunkt signifikant öfter Schmerzen in den Händen angegeben ($p < 0,01$) sowie auch in Armen ($p = 0,022$), Rücken ($p = 0,017$) und in den Füßen ($p = 0,032$). Die Häufigkeit von Schmerzen hat sich über die Zeit der Reha in allen Regionen bis auf den Unterleib, zunächst verringert und stieg dann in allen Bereichen in der Katanamnese über den Ausgangswert vor der Reha (vgl. Abbildung A10, S.79). In den vier Monaten nach der Reha haben 95% der

Rehabilitanden ihren Hausarzt aufgesucht, im Durchschnitt fünf Mal. Die Hälfte der Befragten hat einen Neurologen konsultiert, durchschnittlich mit zwei Terminen.

3.6.7 Nachsorge

Am Ende der Reha haben 64,2% der Teilnehmer Empfehlungen zur Nachsorge bekommen. Am häufigsten wurden Krankengymnastik (56,5%) und Ergotherapie empfohlen (40,0%). Weniger oft wurde die MTT (24,1%), Logopädie (17,1%), die IRENA (9,4%) oder die Sprachtherapie (7,6%) empfohlen. Die Vorschläge der Reha-Klinik für die Nachsorge wurden in 88,2% der Fälle vom Hausarzt berücksichtigt. Die zwei am häufigsten empfohlenen Therapien wurden von den Rehabilitanden auch am häufigsten in Anspruch genommen. Die Einzel-Krankengymnastik wurde von 45,6% der Teilnehmer in Anspruch genommen. Hier wurden durchschnittlich 20 Sitzungen besucht. Das Angebot der Ergotherapie nahmen 32,6% der Befragten in Anspruch, mit durchschnittlich 15 Sitzungen. Mit durchschnittlich 23 Tagen wurde die MTT zeitlich gesehen am häufigsten aufgesucht. Zu den zeitlich oft besuchten Therapien gehörten mit durchschnittlich 19-20 Tagen auch die Gruppen-Krankengymnastik, die IRENA und das Gehtraining. In den Abbildung A13 und Abbildung A14 im Anhang (S.80) sind die Nachsorgeempfehlungen, die Inanspruchnahme von Nachsorge-Therapien sowie die durchschnittliche Anzahl der Besuche aufgeführt. Wenn die Umsetzung der Empfehlungen nicht stattfand, lag es in den meisten Fällen (10,1%) an mangelnder Motivation. Andere weniger oft vertretene Gründe waren zu starkes Krankheitsgefühl, zu lange Wartezeiten, Zeitmangel, zu lange Wegstrecken oder die fehlende Übernahme der Bezahlung durch die Kranken-/Rentenversicherung (vgl. Abbildung A15, S.80). Die Nachsorgeempfehlungen wurden durchschnittlich mit der Note 6,7 auf einer Skala von 0 sehr schlecht bis 10 sehr gut bewertet.

3.7 Soziale Ungleichheit

Im nachfolgenden Abschnitt wird die soziale Ungleichheit im Zugang, Prozess und Outcome der Schlaganfall-Reha der BAR-Phase D untersucht. Für den Zugang zur Rehabilitation wurden die Schicht-Unterschiede der Inanspruchnahme der Reha sowie Art der Empfehlung und Informationsgabe analysiert. Für den Prozess werden Erwartungen, Therapieangebote und die Reha-Nachsorge untersucht. Der Behandlungserfolg ergibt sich aus der Untersuchung der subjektiven Gesundheit und der Erwerbstätigkeit. Weiterhin werden Unterschiede bei Risikofaktoren als beeinflussende Faktoren der Gesundheit ermittelt.

Unter Verwendung des im Abschnitt 2.3 beschriebenen Schichtindex von Deck und Röckelein, lassen sich die Rehabilitanden der Stichprobe in etwa gleichmäßig in drei Sozialschichten einteilen (Tabelle 10). Einen niedrigen Schichtindex haben 26,6% der Rehabilitanden, 36,5% zählen zur Mittelschicht und 36,9% der teilnehmenden Rehabilitanden werden der oberen Schicht zugeordnet. Hinsichtlich des Geschlechts und des Alters ist die Stichprobe gleichermaßen auf die drei Schichten verteilt (vgl. Tabelle A6, S.83).

Tabelle 10: Schichtverteilung in der Stichprobe

Schichtkategorie	Schichtindex	% (N)
Unterschicht 26,6%	3	8,2 (19)
	4	18,5 (43)
Mittelschicht 36,5%	5	16,7(39)
	6	19,7 (46)
Oberschicht 36,9%	7	18,0 (42)
	8	13,3 (31)
	9	5,6 (13)

3.7.1 Reha-Inanspruchnahme

Das erste Mal an einer Reha-Maßnahme teilgenommen haben 71,6% aller Teilnehmer. Dabei gehörten signifikant mehr Rehabilitanden ($p=0,010$) der Ober- (76,2%) und Mittelschicht (74,7%) im Vergleich zur Unterschicht (54,8%) an. Nahezu alle Rehabilitanden hatten langfristige Zielsetzungen für den Reha-Erfolg, es ergaben sich keine signifikanten Schichtunterschiede. Die Teilnehmer der Oberschicht (41,7%) informierten sich im Vergleich zur Mittelschicht (31,0%) und Unterschicht (12,2%) signifikant häufiger eigenständig über die Reha-Maßnahme ($p=0,013$). Bei den Informationen durch verschiedene Berater (Hausarzt, Facharzt, Krankenversicherung oder Klinik) konnte kein signifikanter Schichtunterschied festgestellt werden.

3.7.2 Rehabilitationsbezogene Erwartungen

Rehabilitanden der Unterschicht haben im Vergleich zu den anderen Sozialschichten zu Beginn der Rehabilitation signifikant höhere Erwartungen bei den Skalen Krankheitsbewältigung ($p=0,030$), Erholung ($p=0,015$) und Rente ($p<0,01$). Für die Skala Gesundheit ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Schicht-Gruppen. In der Nachbefragung (T1) findet sich nur für die Skala Rente ein signifikanter Unterschied ($p=0,026$). Hier sahen weniger Teilnehmer der Unterschicht nach der Rehabilitation ihre Erwartungen hinsichtlich der Skala Rente als erfüllt an (siehe Abb. 7).

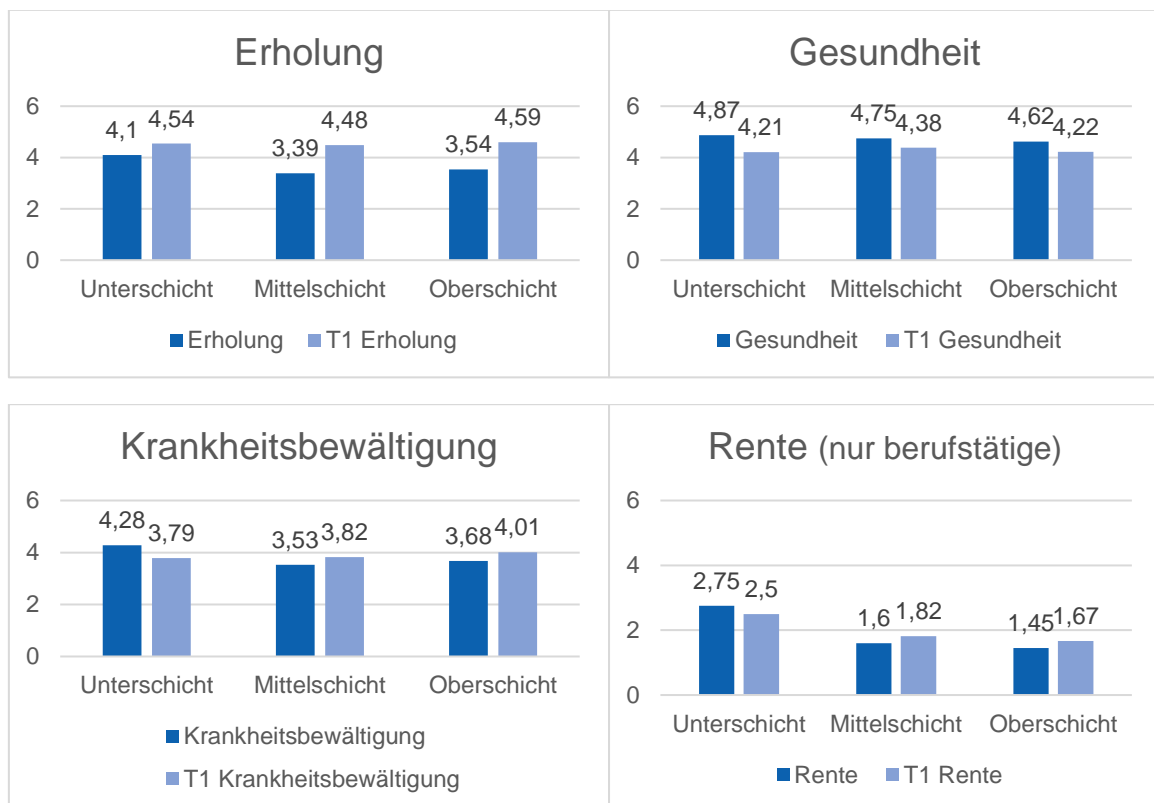


Abbildung 7: Schichtunterschiede im Zeitverlauf der einzelnen Reha-Erwartungen

3.7.3 Therapieangebot

Signifikant mehr Reha-Teilnehmer der Oberschicht haben während der Rehabilitation an Entspannungstherapien teilgenommen ($p<0,01$), während Rehabilitanden der Unterschicht signifikant häufiger die Gruppengymnastik ($p=0,02$) und Ergotherapie ($p<0,01$) besuchten. Die Unterschiede zwischen den Schichtgruppen bei weiteren Therapieangeboten und im Erhalt von psychologischer Betreuung erreichen keine statistische Signifikanz (siehe Abb. A16, S.81).

3.7.4 Reha-Nachsorge

Empfehlungen zur Nachsorge haben Angehörigen aller drei Schichten in etwa gleich häufig bekommen. Speziell Ergotherapie wurde dabei Rehabilitanden der Unterschicht fast doppelt so häufig empfohlen wie Teilnehmern der Oberschicht ($p=0,02$). Bei der Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen ergaben sich keine signifikanten Schichtunterschiede. Schichtunabhängig suchten fast alle Rehabilitanden nach der Reha ihren Hausarzt auf. Internisten, Neurologen und sonstige Fachärzte wurden häufiger von Teilnehmern der Oberschicht konsultiert, die Unterschiede sind jeweils statistisch nicht signifikant.

3.7.5 Subjektive Gesundheit

Bei allen Skalen der subjektiven Gesundheit zeigt sich im Verlauf eine nachhaltige Verbesserung der Beeinträchtigungen in der Ober- und Mittelschicht. Die Ergebnisse der Unterschicht bei Teilhabe, Funktionsbehinderungen und körperlichen Beschwerden zeigten zwischen dem Rehabilitationsende und der Katanamnese rückläufige Effekte. In der Katanamnese gehen die Beeinträchtigungen in diesen Skalen sogar über die Werte der Ausgangslage hinaus. Signifikante schichtabhängige Veränderungen über die Zeit sind bei katastrophisierenden Kognitionen sowie der subjektiven Funktionsbehinderungen bei alltäglichen Aufgaben zu erkennen (vgl. Tab. 11). Die Funktionskapazität weist zu jedem Befragungszeitpunkt einen deutlichen Schichtgradienten auf mit den geringsten Beeinträchtigungen in der Oberschicht.

Die meisten katastrophisierenden Gedanken hatten vor der Reha die Teilnehmer der Mittelschicht. Zum Zeitpunkt der Katanamnese waren Rehabilitanden der Unterschicht deutlich stärker betroffen. Bei den Skalen der Teilhabe und der körperlichen Beschwerden sind Unterschiede erkennbar, welche jedoch keine statistische Signifikanz erreicht haben. Beim psychischen Wohlbefinden und der Vitalität unterscheiden sich die Schichtgruppen nicht.

Tabelle 11: Mittelwertvergleich der Zielgrößen nach Schichtzugehörigkeit

	Gruppe	Messzeitpunkte, Mittelwerte			p-Wert ¹		
		T0	T1	T2	Zeit	Schicht	Zeit*Schicht
IMET (0-90)	1-Unterschicht	30,05	24,17	29,28	<0,01	0,031	0,222
	2-Mittelschicht	26,70	18,54	21,17			
	3-Oberschicht	25,59	15,94	17,52			
FFbH-R (0-100)	1	76,11	78,68	74,58	<0,01	<0,01	0,032
	2	81,62	86,65	86,58			
	3	85,11	91,82	90,57			
SCL-90R (0-48)	1	6,68	5,09	7,32	<0,01	0,441	0,493
	2	6,88	4,90	6,29			
	3	5,83	4,64	5,75			
FSS-Cat (0-45)	1	5,50	4,74	8,76	<0,01	0,029	0,038
	2	6,28	4,35	5,45			
	3	3,76	2,45	3,97			
SF-36 Psych. Wohlbefinden (0-100)	1	65,16	*	67,05	0,043	0,541	0,939
	2	67,23	*	69,04			
	3	68,07	*	70,82			
SF-36 Vitalität (0-100)	1	49,50	*	53,94	<0,01	0,866	0,784
	2	47,52	*	54,63			
	3	49,78	*	55,59			

Signifikante Werte fett gedruckt * Wert wurde nicht erhoben ¹F-Test

3.7.6 Erwerbstätigkeit

Zu Beginn der Reha wiesen Teilnehmer der Oberschicht ein geringeres berufliches Risiko auf. In der Katanamnese zeigte sich ein Zuwachs an Rehabilitanden mit einem hohen Risikoscore in der Oberschicht, aber insbesondere in der Mittelschicht (vgl. Tabelle A7, S.83). Es bestanden zu keinem Messzeitpunkt signifikante Schichtunterschiede. Bei der Frage nach beruflichen Veränderungen ergaben sich bei den meisten zuvor berufstätigen Rehabilitanden der drei Schichten keine Änderungen. Rehabilitanden der Unterschicht und Oberschicht waren vor und nach der Reha länger krankgeschrieben als diejenigen der Mittelschicht. Hier zeigte sich keine statistische Signifikanz (vgl. Tabelle A8, S. 83).

3.7.7 Risikofaktoren

Als beeinflussende Faktoren der Gesundheit und als Risikofaktoren für einen Schlaganfall werden im Folgenden das Rauchverhalten, die körperliche Betätigung, der BMI sowie ausgewählte Komorbiditäten im Schichtvergleich dargestellt. Raucher sind signifikant öfter in der Unterschicht vertreten, mit 45,2% ($p < 0,01$). In der Mittelschicht waren zu Beginn der Reha-Maßnahme 28,9% und in der Oberschicht 18,6% der Teilnehmer Raucher.

Etwa 70% der Teilnehmer aus jeder Sozialschicht betätigten sich sportlich zu Beginn der Reha mindestens einmal wöchentlich. Zum Zeitpunkt vier Monate nach Beendigung der Rehabilitation hat die körperliche Betätigung in allen Schichten gesteigert. Der Zuwachs ist in der Oberschicht am deutlichsten festzustellen (vgl. Tabelle A9, S.84).

Der mittlere BMI der Ober- und Mittelschicht verringerte sich über den Zeitverlauf um jeweils 0,5 Punkte, während sich der BMI der Rehabilitanden der Unterschicht durchschnittlich um 0,4 Punkte steigerte (vgl. Tabelle A10, S.84). Die Schichtunterschiede sind über den Zeitverlauf statistisch signifikant ($p=0,02$).

Beim Vergleich der Komorbiditäten wurden nur diejenigen ausgewählt, die eine ausreichende Fallzahl aufwiesen. Es zeigt sich, dass Rehabilitanden der Oberschicht seltener an zusätzlichen Krankheiten leiden. Besonders bezogen auf Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte, welche u.a. als Risikofaktoren für einen Schlaganfall gewertet werden können, sind mehr Rehabilitanden der Unterschicht betroffen. Die Unterschiede sind nur in Bezug auf die Hypertonie signifikant ($p=0,04$) (Abb. A17, S. 81).

4 Diskussion

Im Rahmen einer multizentrischen längsschnittlichen Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten wurde die Ergebnisqualität der neurologischen stationären Rehabilitation von 259 Rehabilitanden der BAR-Phase D mittels standardisierter Fragebögen untersucht.

4.1 Erwartungen und Ziele

Eine hohe Erwartungshaltung kann als Hinweis der Akzeptanz der anstehenden Maßnahme und als bedeutender Faktor für den Verlauf und die Ergebnisse der Rehabilitation angesehen werden [73,86]. Im Vergleich zur orthopädischen Rehabilitation sind die Erwartungen an die Reha-Maßnahme in dieser Studie etwas geringer ausgeprägt. Vermutet werden kann, dass eine längere Krankheitsgeschichte sich auf die Ausbildung von Erwartungen auswirkt. Horres-Sieben beschreibt, dass nach einer Akutsituation, wie auch bei einem Schlaganfall, keine stabilen Erwartungsmuster ausgebildet sein könnten [86]. Höhere Erwartungen bei der Dimension Gesundheit sind nach einem Schlaganfall mit möglichen starken Einschränkungen nachzuvollziehen. Bereits in anderen Studien wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Erwartungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt, insbesondere in den Dimensionen Krankheitsbewältigung und Rente [73]. Wie Buchholz beschreibt, sind Reha-Ziele, Erwartungen, Motivation und Zufriedenheit wichtige Faktoren des Behandlungsverlaufes [24]. Die individuelle Vereinbarung von Zielen kann besonders bei Antriebsstörungen und depressiven Verstimmungen, welche bei Schlaganfällen nicht zu vernachlässigen sind, hilfreich sein [28]. Die persönlichen Ziele und Erwartungen an die Reha wurden jedoch nur in zwei Drittel der Fälle besprochen, sodass sich möglicherweise einige Rehabilitanden zunächst falsche oder zu hohe Erwartungen oder nicht erreichbare Ziele gesetzt haben. Hier wäre wünschenswert, dass die Besprechung von Zielen und Erwartungen fest in den Rehabilitationsablauf eingeplant und mit Rehabilitanden durchgeführt wird.

4.2 Subjektive Gesundheit

Ein Ziel der Reha ist die Teilhabe von beeinträchtigten Rehabilitanden zu fördern, daher wurde die Teilhabe als primäre Zielgröße dieser Studie gewählt. Die Gesamtbeeinträchtigung von Schlaganfall-Rehabilitanden liegt deutlich über den

Werten einer deutschen Bevölkerungsstichprobe [30] und im Vergleich zu anderen Indikationen im Mittelfeld. Die mittleren Eingangsbelastungen der Teilhabe und der sekundären Zielgrößen entsprechen in etwa den gefundenen Werten von Pöpl et al. sowie denen der QGmR für Rehabilitanden der Neurologie BAR-Phase D und E [38]. Die von Pöpl berichteten Werte aus der ambulanten Neurorehabilitation liegen allerdings über 10 Punkte höher als der in dieser Studie gefundene IMET-Summenscore [38]. Die Unterschiede könnten hier auf die Altersunterschiede zurückgeführt werden, da bei der Studie von Pöpl der Durchschnitt 10 Jahre höher liegt. Wie bereits andere Studien feststellten, verbessert sich die subjektive Gesundheit über die Zeit der Rehabilitation und nähert sich in der Katanamnese dem Ausgangsniveau wieder an [85,87,88]. Dieser Verlauf kann als „Badewannen-“ oder „Deckchaireffekt“ bezeichnet werden, je nach Stärke der Verschlechterung in der Zeit der Katanamnese [88]. Die Effektstärke der Verbesserung der Teilhabe unmittelbar nach der Rehabilitation liegt bei den Schlaganfall-Patienten im mittleren Größenbereich, zur Katanamnese bleiben Verbesserungen, im Sinne des Deckchaireffektes, mit kleinen Effektgrößen bestehen.

Auf IMET Item-Ebene haben Teilnehmer der vorliegenden Studie, wie auch Probanden der ambulanten Neurorehabilitation, die größten Teilhabeeinschränkungen zu Beginn der Rehabilitation bei täglichen Aufgaben, Stress und außergewöhnliche Belastungen, der Erholung und dem Sexualleben [89]. In anderen Befragungen von Schlaganfall-Patienten wurden besonders die Bereiche Sexualleben und persönliche Beziehungen als belastet empfunden [28]. Deck und Raspe beschreiben: „Auf der Ebene von Einzelitems des IMET spiegeln sich die indikationsspezifischen Probleme der verschiedenen Patientengruppen wider“ [90]. So sind orthopädische Rehabilitanden vermehrt in den Bereichen der sozialen Aktivitäten, sozialen Beziehungen und im Sexualleben eingeschränkt, während onkologische und pneumologische Rehabilitanden höhere Beeinträchtigungen eher bei außergewöhnlichen Belastungen und Stress angeben [17,90]. Nach einem Schlaganfall können organische Ursachen (Schädigung neuronaler Netzwerke) und psychosoziale Probleme (Depressivität, Angststörungen, eine veränderte Selbstwahrnehmung und der Verlust oder die Bedrohung der eigenen Autonomie) als Ursache dieser speziellen Teilhabestörungen angesehen werden [28]. Die Einschränkungen im Sexualleben

könnten beispielsweise durch eine Änderung der Rollenverhältnisse in der Häuslichkeit verursacht werden. Der Partner übernimmt oft die Rolle des Pflegenden, welche nicht unbedingt mit der Rolle des Partners vereinbar ist [32]. Besonders psychosoziale Probleme sind bei der Betrachtung von speziellen Einschränkungen der Teilhabe nicht zu vernachlässigen. Speziell Depressionen haben etwa ein Viertel der Patienten nach einem erstmaligen Schlaganfall, wobei der Häufigkeitsgipfel erst nach drei bis sechs Monaten erreicht wird [42]. Nach Marheineke müssen hohe Depressionswerte zu Beginn der Rehabilitation jedoch nicht unbedingt mit einer geringeren Teilhabeverbesserung einhergehen, es kommt vielmehr auf die Entwicklung der Depressivität im Verlauf an [91]. Auch die Skalen Vitalität und psychisches Wohlbefinden zeigen in der Katanamnese parallel zum IMET in der Katanamnese signifikante Verbesserungen, sodass hier von einer nachhaltigen psychischen Verbesserung durch die Rehabilitation ausgegangen werden kann. Rund drei Viertel der Rehabilitanden dieser Studie bewerten die psychologische Betreuung als ausreichend. Jedoch haben nur etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer während der Rehabilitation ein psychologisches Gespräch geführt und knapp zwei Drittel der Rehabilitanden haben sich während der Reha ihren seelischen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung auch zugewandt. Das könnte dazu geführt haben, dass die katastrophisierenden Kognitionen in der Beschwerdewahrnehmung und -bewältigung sich in der Katanamnese sogar über den Wert der Ausgangslage hinaus verschlechtern im Sinne des ‚Badewannen-Effekt‘. Es kann vermutet werden, dass die Rehabilitanden während der Rehabilitation psychisch gut aufgefangen wurden und sich nicht aktiv ihren seelischen Problemen zuwenden wollten. In der Zeit nach der Rehabilitation sind die Rehabilitanden jedoch vermehrt auf sich gestellt und erkennen das volle Ausmaß ihrer Einschränkungen und möglichen bleibenden Behinderungen.

Da es nach Schlaganfällen seltener zu einer vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit kommt und die Rehabilitanden mit eingeschränkter Selbstständigkeit zu kämpfen haben, treten meist Störungen des Selbstwertgefühles auf. Folge sind unter anderem das Gefühl von Hilflosigkeit und eine passive Grundhaltung [32]. Um die Akzeptanz von einer bleibenden Behinderung und damit eine verbesserte Lebensqualität zu erreichen, ist eine Änderung der Wahrnehmung der einfachste und effektivste Weg [9], sodass eine stärkere Einbindung der

(neuro)psychologischen Therapien in die Rehabilitation und besonders auch in die Nachsorge wünschenswert wäre. Andere Studien berichteten von einem Mangel an psychologischer Nachsorge bei zu langen Wartezeiten und lokalen Unterangeboten [3], sodass eine Ausweitung von speziellen Programmen und Anlaufstellen notwendig scheint. Die Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen ist nicht zu unterschätzen und sollte bereits während der Reha erfolgen, da sie einen deutlichen Einfluss auf den Umgang mit belastenden Situationen haben [92]. So würden nicht depressive Teilnehmer mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung eher versuchen, mit Akzeptanz und Bewältigung die bestmögliche Lebensqualität aus der eigenen Lebenssituation zu erschaffen [91]. Etwa drei Viertel der Teilnehmer der vorliegenden Studie haben gelernt, mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen sowie mit krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben umzugehen. Mit dem Erlernen der Handhabung von Einschränkungen verändert sich auch die Leistungsfähigkeit, ein Kernbereich von Teilhabe [93]. Anhand von Daten der QGmR wird beschrieben, die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Lebensbereiche sei analog zum Ausmaß der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen gesteigert oder vermindert [94]. Ähnlich zu den Ergebnissen dieser Studie zeigen die Daten der QGmR mit orthopädischen Rehabilitanden eingeschränkte Leistungsfähigkeiten mit Einbußen von 30-50% [94]. In Einklang dazu spiegelt sich die im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung herabgesetzte Teilhabe auch im allgemeinen Gesundheitszustand der vorgestellten Stichprobe wider. So gaben etwa 30% der Teilnehmer vor der Rehabilitation einen guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand an, während in der deutschen Bevölkerung 66% diese Angabe machten [30]. Der allgemeine Gesundheitszustand der befragten Teilnehmer verbessert sich nachhaltig und signifikant parallel zu der Teilhabe. In dieser Kategorie kann die Rehabilitation als erfolgreich eingestuft werden.

Nach Pfeffer und Eckert könnte eine geminderte Nachhaltigkeit möglicherweise durch eine mangelhafte Beratungsqualität begründet werden, welche nicht genug an die Bedürfnisse und Lebensumstände der einzelnen Rehabilitanden angepasst ist [96]. Auch in der orthopädischen Reha wurde bereits eine Steigerung der Nachhaltigkeit festgestellt, wenn das Therapieangebot auf multiprofessioneller Ebene dem Bedarf des Rehabilitanden angepasst wurde [44]. Um Rückschritte nach der Rehabilitation im Alltag vorzubeugen, sollten daher soziale, psychische

und körperliche Aspekte verzahnt in die Rehabilitation und die Nachsorge eingebaut werden [9]. Nach Rosenbrock und Kümpers sind Verhaltens- und Verhältnisänderungen umso erfolgreicher und nachhaltiger, desto stärker die Beteiligten an der „Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementation der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung“ direkt beteiligt sind [95].

4.3 Neurologische Einschränkungen und Schmerzen

Auch bei neurologischen Einschränkungen und Schmerzen ist eine mangelnde Nachhaltigkeit zu erkennen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Betroffenen in der häuslichen Situation sich vermehrt auf Einschränkungen und Schmerzen konzentrieren. Durch physikalische Anwendungen könnte es zu einer kurzfristig empfundenen Schmerzreduktion kommen, welche jedoch langfristig wieder in den Vordergrund tritt.

4.4 Risikofaktoren

Ein Schlaganfall ist meist mit weiteren, bereits vorliegenden kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert [9]. Insbesondere die arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Hypercholesterinämie, Diabetes, Vorhofflimmern und zu Arteriosklerose führende Risikoerkrankungen sind zu nennen [10]. Auch in dieser Studie sind Hypertonie und Hyperlipidämie die häufigsten ärztlich festgestellten Erkrankungen. Während der Rehabilitation wurden diese beiden Komorbiditäten bei einer jeweils signifikanten Anzahl an Rehabilitanden neu diagnostiziert, sodass in der Katanamnese 66% der Rehabilitanden einen Bluthochdruck aufweisen und 49% erhöhte Blutfettwerte. Vergleichsweise dazu weisen 40-55% der Teilnehmer einer etwa gleichaltrigen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung eine Hypertonie und 30-40% erhöhte Blutfettwerte auf [30]. Durch präventive Maßnahmen von Risikoerkrankungen und Risikofaktoren lassen sich Entstehung und Folgen von Schlaganfällen beeinflussen [32]. Untersuchungen haben bereits bestätigt, dass regelmäßige körperliche Aktivität das kardiovaskuläre Risiko vermindert [9,11]. In der Rehabilitation haben sich besonders die individuelle Anpassung von Intensität und Frequenz des Trainings an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Rehabilitanden als prognoserelevant herausgestellt [6]. Eine langfristige Steigerung der Aktivität als Ziel zur Vorbeugung von weiteren kardiovaskulären Ereignissen und einer der Erfolgsfaktoren zur Teilhabe nach

erworbener Hirnschädigung, wird nur von einem Teil der Rehabilitanden erreicht [32,96]. In einer Studie von Saunders [97] et al. war die Akzeptanz von Fitnessprogrammen während der Rehabilitation hoch. Hier wird berichtet, dass durch Herz-Kreislauf-Übungen die allgemeine Fitness zunahm und die Rehabilitanden mobiler und belastbarer wurden. Somit konnten durch den Schlaganfall ausgelöste körperliche Einschränkungen reduziert werden [97]. Treppensteigen und Balance sind Beispiele, welche durch Trainingseinheiten und allgemeine Fitness wiedererlernt und gemeistert werden können. Saunders et al. beschreiben jedoch auch einen Teufelskreis, welcher zwischen geringerer Fitness und geringerer Aktivität besteht [97]. Eine potentielle Einflussnahme von Sport auf die Gesundheit wird eher mittel- bis langfristig eingestuft [9]. Ein weiterer möglicher positiver Effekt von körperlicher Aktivität ist Gewichtsverlust. In dieser Studie verringerte sich das durchschnittliche Gewicht der Rehabilitanden signifikant um durchschnittlich 3kg, wobei der gemittelte BMI zu Beginn der Reha mit 28,1 im übergewichtigen Bereich lag. In der Allgemeinbevölkerung waren nach Angaben des RKI im Jahr 2017 etwa die Hälfte aller Erwachsenen (48% Frauen und 62% der Männer) übergewichtig (einschließlich Adipositas) [98]. Auch der Raucherstatus gehört zu den Risikofaktoren eines Schlaganfalls [99]. Zu Beginn der Reha rauchten knapp 30% der Rehabilitanden. Sie sollten intensiv und wiederholt über die Risiken des Rauchens aufgeklärt und dazu ermuntert werden an Anti-Raucherprogrammen teilzunehmen [32]. Durch spezielle Seminare konnte die Anzahl der Raucher über die Zeit der Reha und Katanamnese in dieser Studie bereits signifikant gesenkt werden. In der kardiologischen Reha konnten etwa 76% der Teilnehmer durch die Rehabilitation nachhaltig vom Rauchen abgebracht werden [86]. Das Gesundheitsverhalten wird als zentraler Ansatzpunkt der Rehabilitation zur Beeinflussung von Gesundheit gesehen; dabei müssen die Rehabilitanden von dem Rehabilitationsteam auf der individuellen Wissens- und Krankheitsschwelle abgeholt werden [5,32]. Gesundheitsbildung und -training, Aufklärung, Beratung und Schulungen zu Verhaltensmodifikation (gesunder Lebensstil, Abbau von Risikofaktoren, Leben mit der chronischen Erkrankung) sind bereits feste Bestandteile der Rehabilitation. Noch stärker könnten die Lehrküche und krankheitsbezogene Schulungen in die Behandlungspläne integriert werden, hier fiel die Teilnahme in dieser Studie eher gering aus.

4.5 Berufstätigkeit

Die Berufstätigkeit ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Zudem schützt der Sozialkontakt mit Arbeitskollegen vor Isolation und Einsamkeit [3]. In dieser Stichprobe weisen vor und nach der Schlaganfall-Rehabilitation jeweils etwa 30% der zuvor berufstätigen Teilnehmer ein hohes Risiko auf, aus der Erwerbstätigkeit vorzeitig auszuscheiden. Im Vergleich dazu hat knapp die Hälfte der orthopädischen Rehabilitanden zu Beginn einen hohen Risikoscore und welcher sich in den vier Monate nach der Reha-Maßnahme nur geringfügig ändert [94]. Jedoch konnten Fall-Kontroll-Studien zeigen, dass Teilnehmer einer Rehabilitation etwa sieben Monate später berentet werden, als Nicht-Teilnehmer [100]. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass der spätere Renteneintritt durch Faktoren außerhalb der Rehabilitation hervorgerufen wird [100]. Die Verzögerung einer Berentung kann für den Einzelnen eine Steigerung der Lebensqualität bedeuten. Bethge beschreibt: „Dabei bedeutet die Rückkehr zum Beruf ein Gewinn an Normalität, welches wiederum bei der Krankheitsbewältigung helfen kann“ [43]. Deck beschreibt, dass das IMET-Einzelitem „Stress“ als Risikofaktor und das Item „soziale Aktivitäten“ als protektiver Faktor der vorzeitigen Berentung agiert [85]. Mit steigender Teilhabebeeinträchtigung steigt auch das Risiko vorzeitig aus der Erwerbstätigkeit auszuscheiden [85]. Durch die Beantragung einer Rente kann die individuelle Motivation für das Arbeitsleben und die Rehabilitationsergebnisse bereits beeinflusst werden. So zeigten Renten-Antragsteller in einer Studie von Nübling et al. keine Verbesserungen der subjektiven Gesundheit kurz- oder langfristig nach der Rehabilitation [101]. Nach Greitemann et al. werden Rehabilitanden vor der Maßnahme von Arbeitgebern, Krankenkassen oder Ärzten zu der Beantragung einer Rente beraten, obwohl die Motivationssteigerung zur aktiven Gestaltung der Behandlung gefördert und Alternativen bei Problemen der beruflichen Teilhabe aufgezeigt werden sollten [44]. Bei orthopädischen Rehabilitanden konnte gezeigt werden, dass diejenigen Betroffenen, welche hohe Eingangserwartungen an die Dimension Rente stellten, ein signifikant höheres Risiko haben, aus dem Erwerb vorzeitig auszuscheiden. Hingegen wiesen diejenigen mit hohen Erwartungen an die Krankheitsbewältigung eher ein geringeres berufliches Risiko auf [73]. Die Rückkehr zur Arbeit kann durch eine strukturierte und zielorientierte Rehabilitation mit anschließender Wiedereingliederungshilfe unterstützt werden, welche dem

Arbeitnehmer als auch dem Arbeitgeber eine Anpassung an die neuen Einschränkungen ermöglichen soll [3,16]. Ein Modell ist die stufenweise Wiedereingliederung, bei welcher der Rehabilitand zunächst nur stundenweise an seinem Arbeitsplatz ist. Mit einer schrittweisen Erhöhung wird eine langsame Eingewöhnung gewährleistet [43]. Der Rehabilitand kann hierbei seine Arbeitsfähigkeit und Belastungsgrenzen testen sowie die Bewältigung von Arbeitsaufgaben trainieren und erfährt dabei Selbstwirksamkeit [43]. Bethge zeigt, dass Rehabilitationsmaßnahmen und eine schrittweise Steigerung der Arbeit die Wiedereingliederung in den Beruf sowie Fehltag positiv beeinflusst [43]. Dabei ist auch zu beachten, dass das Risiko einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit mit steigender Anzahl der AU-Tage zunimmt [43,102]. In der vorliegenden Studie wurde die Mehrheit der zuvor berufstätigen Rehabilitanden in den vier Monaten nach der Reha-Maßnahme krankgeschrieben, im Mittel für 87 Tage. Der Vergleich mit anderen Studien, welche einen längeren Katanamnese-Zeitraum und daher längere AU-Zeiten aufweisen, ist deutlich eingeschränkt. Zudem können AU-Tage vor der Rehabilitation kaum verglichen werden, da die Rehabilitanden nach einem Schlaganfall meist an einer Anschluss-Heilbehandlung teilnehmen und keinen langfristigen Krankheitsverlauf im Vorfeld der Rehabilitation aufweisen.

Weiter wurden die Schlaganfall-Rehabilitanden dieser Stichprobe nach Veränderungen am Arbeitsplatz befragt. Dabei gaben zwei Drittel der vor der Reha berufstätigen Rehabilitanden (83%) an, ihren alten Arbeitsplatz ohne Änderungen behalten zu haben. Bei einem Viertel der Teilnehmer kam es zu einem Verlust des Arbeitsplatzes. Aus den Daten der QGmR geht hervor, dass nur etwa 10% ihren Arbeitsplatz während der Zeit der Katanamnese verloren [85]. Dabei könnte die Art der Beeinträchtigungen eine relevante Rolle innehaben. Rehabilitanden nach Schlaganfall müssen mit anderen Einschränkungen umgehen, welche nicht immer mit der vorangegangenen beruflichen Tätigkeit vereinbar sind. Die Wiederaufnahme des Berufes hängt auch von psychosozialen, ökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen ab [43]. Während der Rehabilitation werden die Betroffenen bereits auf Arbeitsaufgaben vorbereitet und mittels Beratungsgesprächen und Vorträgen über den Umgang mit Einschränkungen aufgeklärt. Allerdings nahmen weniger als die Hälfte der berufstätigen Teilnehmer der vorliegenden Studie Beratungen und Hilfen zur Erleichterung der Rückkehr zur Arbeit tatsächlich wahr und nur ein Drittel der berufstätigen Teilnehmer konnte erproben, welchen

Arbeitsaufgaben sie noch gewachsen waren. Berufliche Module sind ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme, sie fördern Eigeninitiative in der Zeit der Nachsorge.

Zusammengenommen sollte eine stärkere Inanspruchnahme der beruflichen Module während der Rehabilitation sowie eine intensivere Nutzung der stufenweisen Wiedereingliederung angestrebt werden, da sie bei gleichzeitiger Teilnahme an weiteren Nachsorgemaßnahmen zu einer Steigerung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation führt [103].

4.6 Nachsorge

Idealerweise geht die Rehabilitation direkt in die eine strukturierte Nachsorgephase über, in der die erlernten Inhalte gefestigt werden können. Das 2016 eingeführte Flexirentengesetz stärkt die Bedeutung der Nachsorge als Pflichtleistung der Rentenversicherung mit eigenständigen Regelungen in § 17 SGB VI [104]. Erst in der Zeit der Nachsorge wird deutlich, ob die gesetzten Ziele erreicht werden können [5]. Die Reha-Einrichtungen stellen die Bedürftigkeit des Rehabilitanden für Nachsorgeleistungen heraus und geben Empfehlungen zu Art und Umfang im Entlassungsbericht [5,105]. Von den Schlaganfall-Rehabilitanden dieser Studie geben jedoch nur etwa 65% der Teilnehmer an, Empfehlungen zur Nachsorge bekommen zu haben. Auch Köpke beschreibt, dass die Nachsorge nicht ausreichend genutzt werde, weil die Empfehlungen häufig zu unkonkret seien [106]. In dieser Studie wurde eine fehlende Umsetzung zumeist (10%) mit mangelnder Motivation begründet. Selbstmotivation ist für viele Personen besonders im Arbeits- und Familienalltag schwierig, besonders wenn Verhaltensänderungen einen größeren Aufwand bedeuten oder Überwindung kosten, wie etwa körperliche Betätigung [87]. Weiter können Faktoren zu Person und Umfeld der Teilnehmer ursächlich für eine fehlende Inanspruchnahme von Nachsorge sein, insbesondere wenn persönliche Lebensumstände und bestimmte Aktivitäten nicht miteinander vereinbar sind [87]. Ein Beispiel ist hier die Schichtarbeit, welche nicht einfach zu vereinbaren ist mit regelmäßigen Sportgruppen. In einer Studie der QGmR gaben die Rehabilitanden an, dass das Umfeld kaum in die Planung der Nachsorge einbezogen wurde [94]. Hier wäre wünschenswert, wenn die Praxisleitfäden zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der BAR stärker umgesetzt werden. Bereits bei der Therapieplanung sollten die

Lebensumstände der Betroffenen erfasst und berücksichtigt werden [87]. Unerlässlich scheint für die weitere Umsetzung der Nachsorge eine konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanung [87]. Diese sollte zusammen mit den Rehabilitanden ausgearbeitet werden, um die Compliance zu fördern [105]. In einer Studie mit älteren Rehabilitanden kam der Wunsch Nachsorgeplan auf, der bereits in der Klinik mit konkreten Terminen erstellt werden sollte [107].

Nach Angaben der QGmR gaben zumindest viele der Teilnehmer an, selbstständig nach der Rehabilitation aktiv geworden zu sein und sich für die Nachsorge eingesetzt zu haben. Hier wurden von den orthopädischen Rehabilitanden am häufigsten Ausdauersport, physikalische Anwendungen und Entspannungsübungen genannt [94]. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Nachsorgeinterventionen für verschiedene Indikationen entwickelt, um die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit der Reha zu steigern sowie die Eigeninitiative von Rehabilitanden zu unterstützen. Häufig in der Forschung genutzte Vertreter sind hier etwa die telefonische Nachsorge, Online-Angebote und das „Neue Credo“ [39,88,108]. Das „Neue Credo“ wurde 2012 entwickelt und setzt sich aus verschiedenen Modulen zusammen, welche bereits während der Reha eingeführt werden und Umsetzungshilfen für die Nachsorge bereitstellen [109,110]. Die besonderen Kennzeichen sind die explizite Förderung der Selbstwirksamkeit und Eigeninitiative [12]. Das „Neue Credo“ wurde ursprünglich für orthopädischen Rehabilitanden eingeführt und bereits bei Indikationen wie der Psychosomatik und Kardiologie erfolgreich erprobt und evaluiert [88]. Somit könnte das Konzept auch bei Schlaganfall-Rehabilitanden förderlich in der Nachsorge sein. Auch ist 2019 ein flexibles Behandlungskonzept für die neurologische Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall in der BAR-Phase D (AOK-proReha Schlaganfall) entwickelt worden. Dieses neue Konzept ist an die Leistungsstandards der gesetzlichen Krankenkassen angepasst und ausgerichtet an älteren Rehabilitanden, welche in der Regel nicht mehr berufstätig sind [111,112].

Insgesamt wird Nachsorge aktuell zwar vermehrt thematisiert, bedarf zukünftig jedoch weiterer Förderung und Weiterentwicklung.

4.7 Bewertung der Reha

Die meisten Rehabilitanden waren sehr zufrieden mit der Rehabilitation, fast alle würden die Rehaklinik und das Rehabilitationsprogramm weiterempfehlen.

Hinsichtlich der Patientenzufriedenheit entsprechen die Ergebnisse denen der Qualitätsgemeinschaft und weiteren Studien [94].

4.8 Soziale Ungleichheit

Die soziale Ungleichheit wurde bereits in zahlreichen Studien thematisiert. Da sich die Teilnehmer dieser Stichprobe in etwa gleichen Anteilen auf die drei Sozialschichten verteilen, ergibt sich eine gute Grundlage für Vergleiche zwischen den Schichten.

4.8.1 Inanspruchnahme

Die gleichmäßige Schichtverteilung, der in dieser Arbeit untersuchten Stichprobe von Reha-Teilnehmern, spiegelt nicht den ungleichen Bedarf von Rehabilitation nach Schlaganfall wider. So müssten Patienten der Unterschicht theoretisch häufiger vertreten sein, da das Erkrankungsrisiko eines Schlaganfalls, wie auch von anderen Krankheiten, mit abnehmendem sozioökonomischem Status ansteigt [113]. Deck beschreibt, dass Patienten aus einer niedrigeren sozialen Lage eine Rehabilitation erst bei bereits ausgeprägteren Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen [59]. In der kardiologischen Reha zeigte sich in einzelnen Studien eine erhöhte Teilnahme durch sozial schwächere Patienten [47,114]. Möglicherweise spielen in diesen Verteilungen Unterschiede bei den Empfehlungen oder eine schichtspezifische Häuser-Präferenz eine Rolle. In der Stichprobe dieser Studie kommt hinzu, dass signifikant mehr Rehabilitanden der Ober- und Mittelschicht das erste Mal an einer Reha teilgenommen haben, während Personen der Unterschicht öfter das zweite oder dritte Mal ein Reha-Angebot in Anspruch nahmen. Im Einklang mit den Ergebnissen der anderen Studien kann vermutet werden, dass der erste Zugang zur Schlaganfall-Rehabilitation für die Unterschicht schwieriger ist, sie nach dieser ersten Hürde jedoch die Maßnahmen öfter in Anspruch nehmen. Wie Hammersen et al. beschreiben, liegen bereits im Informationsverhalten und der Informationsbewertung soziale Gradienten vor. Patienten der Oberschicht beziehen häufiger selbst die für sie notwendigen Informationen aus dem Internet [61]. Unterstützend dazu haben sich auch in dieser Studie die Teilnehmer der Ober- und Mittelschicht signifikant häufiger selbst über die Reha Maßnahme informiert. Somit sollten sozial schwächere Patienten bei der Beschaffung und Verarbeitung von Informationsmaterial für eine Anschluss-Rehabilitation noch stärker unterstützt werden. Bei Zielsetzungen für die Reha zeigen sich keine Unterschiede zwischen

den Gruppen, während sich bei den Erwartungen an die Rehabilitation ein Schichtgradient darstellte.

4.8.2 Erwartungen

Bei den Skalen Krankheitsbewältigung, Erholung und Rente der vorliegenden Studie gaben Teilnehmer der unteren Sozialschicht höhere Erwartungen an, während sich bei der Skala Gesundheit keine Schichtunterschiede ergaben. Nach der Reha sahen sozial schwächere Rehabilitanden ihre Erwartungen an die Skala Rente weniger oft als erfüllt an. Auch in der kardiologischen Reha weisen Rehabilitanden mit einem niedrigen sozioökonomische Status höhere Erwartungen an die Skala Rente/Beruf auf [86]. Die Studie von Deck und Hofreuter-Gätgens beschreibt hingegen geringere Rehabilitationserwartungen von Teilnehmer der Unterschicht in der orthopädischen Reha [45]. Die indikationsspezifische Abhängigkeit von Erwartungen wurde bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben. In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass Patienten ohne Vorinformationen die Wirksamkeit der Rehabilitation für ihr weiteres Leben signifikant höher einschätzen. Informierte Personen haben wahrscheinlich realistischere Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme [86]. Da Patienten der Oberschicht zumeist besser informiert sind, können die möglicherweise realistischere Einschätzungen einer Rehabilitation auch zu weniger hohen Erwartungen führen. Erwartungen und die Motivation zur erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen können hierbei jedoch nicht direkt miteinander verknüpft werden. Weiter haben Reha-Erwartungen auch einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Reha und die nachhaltigen Verbesserungen der subjektiven Gesundheit [115].

4.8.3 Subjektive Gesundheit

Erwartungen an die Reha und die subjektive Einschätzung von Gesundheit werden sowohl von vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden, wie auch durch Werte, Einstellungen und das soziale Umfeld bedingt [99]. So kann die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes auch von einer Einschätzung nach „objektiven“ Maßstäben deutlich abweichen [116]. Da Teilnehmer der Unterschicht das Rehabilitationsangebot potentiell erst bei ausgeprägteren Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen, ist davon auszugehen, dass sie mit einem ungünstigeren Gesundheitszustand in die Reha starten [59]. So zeigen auch die Ergebnisse dieser Studie zu Beginn der Reha Unterschiede stärkere Beschwerden von Teilnehmern

der Unterschicht in der Teilhabe, Funktionskapazität, körperlichen Beschwerden und katastrophisierenden Gedanken. Sozialschichtspezifische Unterschiede in der subjektiven Einschätzung von Gesundheit wurden insbesondere für die psychosomatischen und orthopädischen Reha-Maßnahmen bereits nachgewiesen [45,59,117]. Bei Betrachtung der sozialen Unterschiede der subjektiven Gesundheit sind Effekte außerhalb der Reha zu berücksichtigen. Sozialer Rückhalt und persönliche Ressourcen beeinflussen die Gesundheitserhaltung und die Bewältigung von chronischen Erkrankungen [53,58]. In dem Buch von Richter und Hurrelmann [118] werden verschiedene Erklärungsansätze für die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit beschrieben. Der kulturell-verhaltensbezogene Ansatz führt die gesundheitliche Ungleichheit auf eine geteilte „Kultur“ zurück, welche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungsverhalten oder körperliche Inaktivität „fördert“. Der psychosoziale Erklärungsansatz zeigt auf, dass auch psychologische und psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise besondere Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen oder beruflicher Gratifikationskrisen, die subjektive Gesundheit beeinflussen. Es wird davon ausgegangen, dass psychosoziale Belastungen und materielle Ressourcen inzwischen einen vergleichbaren Stellenwert bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit haben. Die sozioökonomischen Faktoren Schulabschluss, Einkommen und berufliche Stellung haben nach diesen Erklärungsansätzen keinen direkten Effekt, sondern beeinflusst die Gesundheit über spezifische ungleich verteilte materielle, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren [118]. In Abbildung 8 ist ein einfaches Modell nach Mackenbach [119] zur Veranschaulichung der Verhältnisse dargestellt.

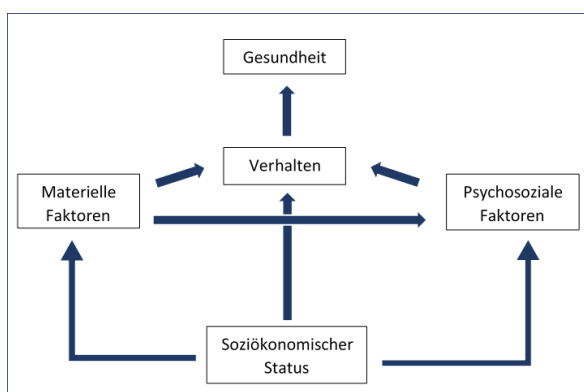


Abbildung 8: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nach Mackenbach 2006

4.8.4 Erwerbstätigkeit

Zu arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsrisiken zählen physische (z.B. Körperhaltung, Auswirkungen von Lärm, Staub und Dämpfen) und psychische (belastendes Verhalten von Vorgesetzten oder Kollegen, fehlende Unterstützung, Mobbing, Rollenkonflikte, Zeitdruck, Schichtarbeit) Belastungen [116,118]. Als berufliche

Belastung ist insbesondere auch das Missverhältnis zwischen beruflichen Anstrengungen und ausbleibender Belohnung anzusehen [118]. Zudem ist nach Kocalevent et al. ein niedriges Sozialschichtniveau ein Risikofaktor für ein erhöhtes subjektives Stresserleben [92], was wiederum den Umgang mit beruflichen Belastungen erschwert. In dieser Stichprobe ist kein deutlicher sozialer Gradient bei dem Verlust des Arbeitsplatzes, wie in anderen Studien [62], erkennbar. Hier könnte die Interaktion zwischen der Gesundheitssituation und der Berufstätigkeit deutlich werden. In Verbindung mit den Erklärungsansätzen von Richter und Hurrelmann kann vermutet werden, dass es in dieser Stichprobe zu keinem signifikanten Schichtunterschied in Bezug auf einen hohen Risikoscore bei dem Verlust des Arbeitsplatzes kommt, weil die Rehabilitanden aus allen drei Schichten einen ähnlichen subjektiven Gesundheitszustand aufweisen.

4.8.5 Risikofaktoren

Wie bereits in zahlreichen Studien zuvor [57,116,120–122], zeigt sich auch in dieser Stichprobe, dass Rehabilitanden der Unterschicht mehr Risikofaktoren aufweisen. In sozial schwächeren Schichten sind mehr Raucher vertreten und der durchschnittlich BMI liegt höher als bei Personen höherer Schichten. Während der durchschnittliche BMI im Verlauf der Reha in der Mittel- und Oberschicht abnahm, stieg er in der Unterschicht minimal an. Ein beeinflussender Faktor ist hier regelmäßige Bewegung, welche auch einen Schichtgradienten aufweist. Zudem leiden Patienten der Unterschicht öfter an zusätzlichen Krankheiten, wie Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte. Als eine mögliche Erklärung für die größere Anzahl von Risikofaktoren und Komorbiditäten in der Unterschicht kann der kulturelle Ansatz nach Richter und Hurrelmann gesehen werden.

4.8.6 Therapieangebot

Mit dem Ausmaß der Multimorbidität steigt laut Dietsche auch die Teilnahme an passiven Maßnahmen während der Rehabilitation [123].

In der vorliegenden Studie nahmen während der Reha signifikant mehr Rehabilitanden der Oberschicht an Entspannungstherapien teil. Dem gegenüber waren diejenigen der Unterschicht eher in Gruppengymnastik und Ergotherapie vertreten. Auch in der orthopädischen Reha zeigten Teilnehmer der Unterschicht eine höhere Teilnahme an Ergotherapie, mit keiner eindeutigen Richtung des

Zusammenhangs [59]. Bei weiteren Therapieangeboten oder der psychologischen Betreuung fanden sich keine Schichtunterschiede. Hier kann angenommen werden, dass für jeden Rehabilitanden das passende Therapieschema erarbeitet wurde, angelehnt an die unterschiedlichen Bedürfnisse. Dies steht im Einklang mit bisherigen Studien, welche auch von einer Gleichbehandlung im Rehabilitationsprozess ausgehen [45,59].

4.8.7 Nachsorge

Empfehlungen zur Nachsorge haben in dieser Studie alle Schichtgruppen in etwa gleich häufig bekommen. Die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen war über die Schichten hinweg eher gering, es zeigten sich keine signifikanten Schichtunterschiede. Gerade die geringe Inanspruchnahme kann für Teilnehmer der Unterschicht problematisch sein und den Rückgang der Verbesserungen der subjektiven Gesundheit erklären. Hier fehlt die Förderung des Alltagstransfers der gelernten Inhalte, welche einen wichtigen Bestandteil der Nachsorge darstellt. In der psychosomatischen Reha profitierten Rehabilitanden mit einem höheren Sozialstatus eindeutiger von der Nachsorge [124]. Die Teilnehmer konnten das Angebot möglicherweise besser in ihren Alltag integrieren und das Gelernte besser umsetzen. Somit wäre eine Ausrichtung der Nachsorgeangebote für sozial Schwächere wichtig. Die Nachsorge sollte weiter auf die Bedürfnisse der einzelnen Sozialschichten angepasst werden. Hier sind wiederum beeinflussende Umgebungsfaktoren nicht zu vernachlässigen, welche die Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte fördern oder schmälern [59].

4.9 Schlussfolgerungen

Teilhabe ist mittlerweile ein wichtiger Begriff der Rehabilitationsforschung und stellt ein wesentliches Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen dar. Ziel dieser Studie war es, Aufschluss über Eingangsbelastungen, Rehabilitationseffekte und die Zufriedenheit der Rehabilitanden zu geben.

Die Schlaganfall-Rehabilitanden dieser Studie weisen zu Beginn der Rehabilitation hohe bis mittlere Eingangsbelastungen in der sozialen Teilhabe und subjektiven Gesundheit auf. Nach der Rehabilitation konnte eine deutliche Steigerung der Teilhabe mit mittlerer Effektstärke und die Nachhaltigkeit dieser Verbesserung festgestellt werden. Auch der allgemeine Gesundheitszustand der Rehabilitanden hat sich während der Rehabilitation deutlich verbessert, sodass auch in dieser Kategorie von einer erfolgreichen Reha-Maßnahme ausgegangen werden kann. Insgesamt waren die meisten Rehabilitanden zufrieden mit der Rehabilitation und würden sie weiterempfehlen. Um noch stärkere und nachhaltigere Effekte zu erzielen, sollte es bereits zu Beginn der Reha zu einer intensiveren gemeinsamen Abstimmung der Ziele und den darauf aufbauenden Behandlungen kommen sowie zu einer stärkeren Beteiligung der Betroffenen bei der „Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementation der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung“ [95]. Rehabilitative Maßnahmen sollten immer an die Bedürfnisse und Lebensumstände der einzelnen Rehabilitanden auf multiprofessioneller Ebene angepasst werden. Eine Kombination aus sozialen, psychischen und körperlichen Aspekten kann Rückschritte nach der Rehabilitation im Alltag deutlich vorbeugen. Insbesondere eine ausreichende psychologische Betreuung während und nach der Rehabilitation sollte gewährleistet sein. Die Hinführung zu einem körperlich aktiven Lebensstil gilt als einer der Erfolgsfaktoren zur Steigerung der Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung. Durch sportliche Betätigung werden weitere typische, verhaltensabhängige Lebensstilfaktoren wie das Übergewicht und möglicherweise auch das Rauch- und Ernährungsverhalten beeinflusst sowie die mögliche Entstehung und Folgen von weiteren Schlaganfällen reduziert. Somit wäre auch bei der Steigerung der körperlichen Aktivität eine stärkere Erfolgsrate bei Aufklärung und Motivationsförderung hilfreich. Ein weiteres wichtiges Erfolgskriterium einer Rehabilitation ist die Rückkehr zur Arbeit, bei der Eigenmotivation und Eigeninitiative eine große Rolle spielen. Durch eine strukturierte und zielorientierte Rehabilitation mit anschließender

Wiedereingliederungshilfe kann die Rückkehr zum Beruf erleichtert werden. Insofern sollten die Inanspruchnahme der beruflichen Module wie Beratungen zum Arbeitsplatz während der Rehabilitation sowie eine intensivere Nutzung der Stufenweisen Wiedereingliederung unterstützt werden. In Kombination mit der Wiedereingliederung müssen während der Reha konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanung, unter Berücksichtigung der Lebensumstände, für die Nachsorge entwickelt werden. Dadurch könnte die Inanspruchnahme von Nachsorge-Angeboten gestärkt werden.

4.9.1 Soziale Ungleichheit

Auch in der medizinischen Reha darf das Auftreten von sozialer Ungleichheit nicht vernachlässigt werden. Ein wesentlicher Leitgedanke des Gesundheitssystems ist einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen bei gleichem Bedarf zu schaffen. Zusammengefasst verdeutlichen die Befunde die Relevanz von gesundheitlichen Ungleichheiten bei Rehabilitanden mit Schlaganfall der BAR Phase D.

Die Ergebnisse dieser Studie heben hervor, dass die Rehabilitations-Maßnahmen die ungünstigere Ausgangslage der sozialen Unterschicht in vielen Bereichen nicht kompensieren kann. Wie schon in anderen Studien wird deutlich, dass für sozial schlechter gestellte Rehabilitanden eine gezielte Förderung und eine längerfristige Nachsorge förderlich sein könnte. Wichtig ist bereits vor der Reha die Unterstützung von sozial schwächeren Schlaganfall-Patienten im Zugang und der Verarbeitung von Informationen zu der Maßnahme. Um gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft zu reduzieren, sollten insbesondere Strategien zur Bewältigung und Vermeidung ungünstiger Lebensweisen gefördert werden. Dabei kann vor allem die Bildung Verhaltensweisen, Einstellungen und Zielvorstellungen verändern. Nach Brähler et al. „vermittelt Bildung die Kompetenz, Wissen in Handlung umzusetzen und die Fähigkeit das eigene Verhalten zu kontrollieren“ [99]. Investition in Bildung gehen mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz (»Health Literacy«) und der Selbstwirksamkeit (»Empowerment«) einher [55,125]. Eine gute Bildungspolitik und die Förderung von Familien sind demnach ein guter Ansatzpunkt die soziale Ungleichheit in zukünftigen Generationen zu mindern. Dazu kommen auch der Kooperation und der Vernetzung von Akteuren in sozialen Brennpunkten, z.B. zwischen Schulen, Kitas, Sportvereinen, Kinderärzten und der Kinder- und Jugendhilfe, eine wichtige Rolle zu [118].

4.10 Limitationen

Die Studie wurde als multizentrische längsschnittliche Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Aus diesem Grund können keine Aussagen zur Wirksamkeit der Rehabilitation gemacht werden. Hierfür wäre eine kontrollierte Studie erforderlich. Zudem konnten in der Studie aufgrund des viermonatigen Katanamnesezeitraums nur die mittelfristigen Effekte beurteilt werden, für die Einschätzung der längerfristigen Nachhaltigkeit wären weitere Messzeitpunkte in der Nachbeobachtungsphase nötig.

4.11 Ausblick

Den Ergebnissen der Studie zufolge führt die Schlaganfallrehabilitation zu signifikanten und nachhaltigen Effekten. Insbesondere die Teilhabe wurde durch die Rehabilitation positiv beeinflusst. Um die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu stärken, könnte das Konzept des ‚Neues Credo‘ auch bei Schlaganfall-Rehabilitanden angewandt werden. Mit der aktuellen pandemischen Situation wurde die Relevanz von online Angeboten deutlich. Hier wären die Weiterentwicklung von hybriden Rehabilitationsmaßnahmen sowie online-Programme für die häusliche Nachsorge in Erwägung zu ziehen. In weiteren Studien könnte untersucht werden, ob sich vergleichbare Einflüsse des sozialen Status auch in anderen Teilen Deutschlands finden. Um ein genaueres Bild von unterschiedlichen Einflüssen zu bekommen, sollte in weiteren Analysen neben einem vereinheitlichten Schicht-Index insbesondere auf die horizontalen sozialen Ungleichheiten wie z.B. Alter, Geschlecht, Migration und Wohnort eingegangen werden.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Jährlich erleiden etwa 200.000 Patienten einen erstmaligen Schlaganfall [6]. In Folge eines Schlaganfalls kann es zu einem neurologischen Defizit und bleibenden Behinderungen kommen, was insbesondere zu Teilhabe-Störungen des Patienten führt. Da die Schlaganfall-Rehabilitation im Rahmen der Qualitätssicherung meist nicht separat betrachtet wird, fehlt es hier an spezifischen Ergebnissen. Auch in Bezug auf die soziale Ungleichheit mangelt es an Erkenntnissen in der Schlaganfall-Rehabilitation. Die vorliegende Studie untersucht die Ergebnisqualität, sowie den Einfluss sozialer Unterschiede auf den Rehabilitationserfolg in der Schlaganfall-Rehabilitation der BAR-Phase D.

Methodik: Es wurde eine prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten durchgeführt. Die Rehabilitanden wurden vor und nach der Rehabilitation sowie vier Monate nach Abschluss der Maßnahme mit einem Fragebogen schriftlich befragt. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit einem maximal drei Monate zurückliegenden Schlaganfall der BAR-Phase D.

Ergebnisse: Es konnten N=259 Fragebögen ausgewertet werden. Zu Beginn der Rehabilitation weisen die Teilnehmer hohe Teilhabestörungen und Einschränkungen im mittleren Größenbereich der weiteren erfassten Zielgrößen auf. Über die Zeit der Rehabilitation und Katanamnese zeigen sich deutliche und teilweise nachhaltige Verbesserungen der subjektiven Gesundheit mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Die Rehabilitanden bewerten den Aufenthalt äußerst positiv. Soziale Unterschiede können zu Beginn der Rehabilitation sowohl in der Teilhabe, als auch weiteren Zielgrößen festgestellt werden. Teilnehmer der Unterschicht weisen meist ungünstigere Ausprägungen auf.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen dafür, dass die Schlaganfall-Rehabilitation bei hohen bis mittleren Eingangsbelastungen in der subjektiven Gesundheit, zu signifikanten und nachhaltigen positiven Effekten führt. Der teilweise Rückgang der Effekte im Katanamnese-Zeitraum wirft die Frage nach einer mangelhaften Nachsorge auf. Eine ungünstigere Lage von sozial schwächeren Teilnehmern sollte während der Rehabilitation und der Zeit der Nachsorge berücksichtigt werden. Die meisten Teilnehmer waren zufrieden mit der Rehabilitation und würden sie weiterempfehlen.

6 Literaturverzeichnis

- [1] Robert-Koch-Institut. Bericht Gesundheit in Deutschland 2015. Berlin; 2015, S.43-49. Im Internet:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 13.3.21
- [2] Busch MA, Kuhnert R. 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. 2017; 2: 70–76. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-010
- [3] Nothnagel J. Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung – Theorie oder Wirklichkeit? Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. [Masterarbeit] Magdeburg: Hochschule Magdeburg – Stendal (FH); 2015. Im Internet:
https://nachsorgekongress.de/fileadmin/user_upload/Masterarbeit_Juliane_Nothnagel.pdf, Stand: 15.03.21
- [4] Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D, et al. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. Stroke 2006; 37: 1179–1183. doi:10.1161/01.STR.0000217450.21310.90
- [5] Steinmetz J., Arlt AC. Neurologische Rehabilitation, Schwerpunkt Apoplex. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, et al. Rehabilitaion, physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München; 2007: 167-186
ISBN: 978-3-437-41178-6
- [6] Knecht S, Hesse S, Oster P. Rehabilitation nach Schlaganfall. Übersichtsarbeit 2011; S.108. doi:10.3238/arztebl.2011.0600
- [7] Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU. Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalls. Fortschritte Neurol · Psychiatr 2002; 70: 657–662. doi:10.1055/s-2002-35857
- [8] Statistisches Bundesamt. Krankheitskosten. 2015. Im Internet:
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/_inhalt.html;jsessionid=0FA5EC1EA0D124E9868AE5F98802B7F6.live721#sprg234880; Stand: 30.03.2021
- [9] Hentschel J. Sport nach Schlaganfall - Effekte sporttherapeutischer Gruppenangebote auf gesundheitsbezogene Lebensqualität und Freizeitaktivitäten von Schlaganfallpatienten. [Dissertation]; Tübingen: Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen; 2010: 6-8, 26, 81-83
- [10] Weih M, Müller-Nordhorn J, Amberger N, et al. Risikofaktoren des ischämischen Schlaganfalls. Nervenarzt 2004; 75: 324–335. doi:10.1007/s00115-003-1639-6
- [11] Löllgen H. Primärprävention kardialer Erkrankungen: Stellenwert der körperlichen Aktivität. Dtsch Arztebl 2003; 100: A-987 / B-828 / C-773
- [12] Pichler J. Kapitel 6 - Nervensystem. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Hrsg. Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018: 48ff. doi:10.1007/978-3-662-54250-7
- [13] Unrath M, Kalic M, Berger K. Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall? Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall

- Nordwestdeutschland. Dtsch Ärztebl 2013; 110: 101–107.
doi:10.3238/arztebl.2013.0101
- [14] Ward A, Payne KA, Caro JJ, et al. Care needs and economic consequences after acute ischemic stroke: the Erlangen Stroke Project. *Eur J Neurol* 2005; 12: 264–267.
doi:10.1111/j.1468-1331.2004.00949.x
- [15] Heuschmann PU, Busse O, Wagner M, et al. Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurol* 2010; 37: 333–340.
doi:10.1055/s-0030-1248611
- [16] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Die medizinische Rehabilitation – Ein Überblick. Köln; 2010; 66: 8,18ff. ISBN: 978-3-939260-01-1
- [17] Staupendahl A. Einschränkungen der Teilhabe: Erhebung von geschlechts- und altersdifferenzierten Referenzdaten zu Einschränkungen der Teilhabe in der Allgemeinbevölkerung. [Dissertation] Lübeck: Uni zu Lübeck; 2017. Im Internet: <https://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1941.pdf>, Stand: 18.12.2020
- [18] Götz S, Dragano N, Wahrendorf M. Soziale Unterschiede in den Behandlungsergebnissen medizinischer Rehabilitationen. Eine Analyse von DRV-Routinedaten. In: 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin; 2019: 76–78. Im Internet: <https://frl.publisso.de/resource/frl:6415339/data#page=77> ISBN 978-3-947949-07-6, Stand: 18.12.2020
- [19] Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin; 2009. Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html; Stand: 27.03.2021
- [20] Petermann F, Koch U. Petermann F, Koch U. Rehabilitationsforschung – Welchen Beitrag kann die Gesundheitspsychologie leisten? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1998; 6: 151–156
- [21] Mittag O, Reese C, Meffert C. (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. *WSI-Mitteilungen* 2014; 67: 149–155.
doi:10.5771/0342-300X-2014-2-149
- [22] Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). Allgemeine medizinische Reha. *Dtsch Rentenversicher* 2021. Im Internet: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Allgemeine-med-Reha/allgemeine-med-reha.html>; Stand: 14.06.2021
- [23] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). ICF. 2005. Im Internet: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/index.html>; Stand: 28.03.2021
- [24] Buchholz I. Subjektive Sichtweisen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. [Dissertation] Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; 2015. Im Internet: https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/1658/file/Veroeffentlichungsversion_Bibliothek_online_ohne_Lebenslauf_und_eidesstattliche_Erklaerung.pdf, Stand: 19.03.21

- [25] Gründel IA, von Cramon DY, Wilz G. „Ich hoffe, dass es wieder wird wie vorher...“: Prospektive Annahmen von Patienten und Angehörigen über die Folgen des Schlaganfalls zu Beginn der Rehabilitation. *Prax Klin Verhal Rehabil* 2003; 62: 157–170
- [26] Fries W. Behinderung der Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung – subjektive und externe Faktoren. In: Seidel M, Hrsg. Menschen mit erworbenen Hirnschäden - (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.3.2012 in Kassel. Berlin: Eigenverlag der DGSGB; 2013: 43–48. ISBN: 978-3-938931-29-5
- [27] Kampling H, Reese C, Mittag O. Die (neuro-)psychologische Rehabilitation nach Schlaganfall: Eine bundesweite Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation. *Rehabil* 2015; 54: 332–338. doi:10.1055/s-0035-1559643
- [28] Töns N. Teilhabe an Freizeit, sozialen Kontakten und Beziehungen bei Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma - Entwicklung eines Fragebogens für die neurologische Rehabilitation. [Dissertation] Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; 2009; 17ff, 153ff.
- [29] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). ICD-10-WHO. Im Internet: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/>; Stand: 02.07.2021
- [30] Deck R, Walther AL, Staupendahl A, et al. Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung – Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. *Rehabil* 2015; 54: 402–408. doi:10.1055/s-0035-1559670
- [31] [Anonymer Autor der Uni Augsburg]. Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell. Im Internet: <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/lehre/schwerpunkte-lehre/bps/>; Stand: 29.03.2021
- [32] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Das bio-psycho-soziale Modell. BAR EV 2019. Im Internet: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html>; Stand: 29.03.2021
- [33] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Rehabilitation und Teilhabe. www.bmas.de 2018. Im Internet: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/reha-und-teilhabe.html>; Stand: 29.03.2021
- [34] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Bundesteilhabegesetz. www.bmas.de 2020. Im Internet: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html>; Stand: 29.03.2021
- [35] Leitner A, Kaluscha R, Jacobi E. Praktische Nutzung der ICF: Erprobung eines neuen Ansatzes in vier Kliniken. *Rehabilitation* 2008; 47: 226–235. doi:10.1055/s-2008-1076706
- [36] Deck R, Muche-Borowski C, Mittag O, et al. IMET - Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C, Hrsg. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe; 2008: 372–374. doi: 10.23668
- [37] Deck R, Walther AL, Staupendahl A, et al. Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung – Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. *Rehabil* 2015; 54: 402–408. doi:10.1055/s-0035-1559670

- [38] Pöpl D, Deck R, Fries W, et al. Messung von Teilhabe in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation – eine Pilotstudie. *Fortschritte Neurol · Psychiatr* 2013; 81: 570–578. doi:10.1055/s-0033-1335916
- [39] Schramm S, Hüppe A, Jürgensen M, et al. Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („Neues Credo“) – Langzeitergebnisse der quasiexperimentellen Interventionsstudie. *Rehabil* 2014; 53: 297–304. doi:10.1055/s-0033-1358388
- [40] Linden M. Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabeeinschränkungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; 59: 1147–1153. doi:10.1007/s00103-016-2404-x
- [41] Fries W, Fischer S. Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Rehabil* 2008; 47: 265–274. doi:10.1055/s-2008-1081473
- [42] Huff W, Steckel R, Sitzer M. „Poststroke Depression“. *Nervenarzt* 2003; 74: 104–114. doi:10.1007/s00115-002-1417-x
- [43] Bethge M. Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2017; 60: 427–435. doi:10.1007/s00103-017-2519-8
- [44] Greitemann B, Dibbelt S, Büschel C. Integriertes Orthopädisch-Psychosomatisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates - Langfristige Effekte und Nachhaltigkeit eines multimodalen Programmes zur Aktivierung und beruflichen Umorientierung. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete* 2006; 144: 255–266. doi:10.1055/s-2006-933441
- [45] Deck R, Hofreuter-Gätgens K. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; 59: 245–251. doi:10.1007/s00103-015-2284-5
- [46] Kuntz B, Hoebel J, Fuchs J, et al. Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2017; 60: 783–791. doi:10.1007/s00103-017-2568-z
- [47] Altenhöner T. Soziale Ungleichheit in der kardiologischen Rehabilitation. Eine empirische Untersuchung sozialer Ungleichheit in der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten. *Schriftenreihe Gesundheit - Pflege - Soziale Arbeit* 2006; 25: 183ff ISBN: 978-3-89918-158-6
- [48] Hofreuter-Gätgens K, Deck R, Knesebeck O von dem. Soziale Ungleichheit und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation* 2016; 55: 374–380. doi:10.1055/s-0042-120086
- [49] Hofreuter-Gätgens K, Klein J, Fisch M, et al. Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme onkologischer Versorgungsangebote. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 94–100. doi:10.1055/s-0042-108579
- [50] Schumann N, Günther S, Fach E-M, et al. Sozialer Status und reha-relevante Parameter in der stationären Kinderrehabilitation – Erste Ergebnisse aus dem rekju-Projekt. In: *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, Reimann A, Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*,

- vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2014: 534–535. ISBN: 978-3-00-045196-6
- [51] Janßen C, Frie KG, Dinger H, et al. Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K, Hrsg. Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 149–165. doi:10.1007/978-3-531-91643-9_8
- [52] Diewald M, Riemann R. Wie können wir die Ursachen sozialer Ungleichheit verstehen? In: Spinath B, Hrsg. Empirische Bildungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014: 67–79. doi:10.1007/978-3-642-41698-9_5
- [53] Morfeld M. Zwischen sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit. Zur Bedeutung psychosozialer Mediatoren. [Dissertation] Bielefeld: Uni Bielefeld; 2002. Im Internet: <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2302194/2302197/0014.pdf>; Stand: 12.09.2020
- [54] Stöbel-Richter Y, Berger U, Watzke B, et al. Erfassung der sozialen Ungleichheit in empirischen Untersuchungen. Psychotherapeut 2007; 52: 426–435. doi:10.1007/s00278-007-0567-5
- [55] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 2. Armuts- und Reichtumsbericht. 2005. Im Internet: <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Archiv/Der-zweite-Bericht/zweiter-bericht.html>; Stand: 12.09.2020
- [56] Redaktion Deutsches Ärzteblatt (DÄG). Soziale Unterschiede bei den Notarztdiagnosen Herzinfarkt und Schlaganfall. Dtsch Ärztebl 2018: 41–48. doi:10.3238/arztebl.2018.0041
- [57] Lampert T, Mielck A. Gesundheit und soziale Ungleichheit - Eine Herausforderung für Forschung und Politik. WIdO 2008: 7–16
- [58] Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, et al. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. Soz- Präventivmedizin 1993; 38: 123–132. doi:10.1007/BF01324345
- [59] Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Gesundheitswesen 2008; 70: 582–589. doi:10.1055/s-0028-1086014
- [60] Deck R, Glaser-Möller N, Kohlmann T. Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Lage: Jacobs-Verlag; 2012: 65-80 ISBN: 978-3-89918-204-0
- [61] Hammersen F, Pursche T, Fischer D, et al. Hinweise auf soziale Ungleichheit im Informationsverhalten und in der Informationsbewertung junger Frauen mit Brustkrebs – Ergebnisse der Kohortenstudie „gemeinsam gesund werden“. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2018; 139. doi:10.1016/j.zefq.2018.10.006
- [62] Götz S, Dragano N, Wahrendorf M. Soziale Ungleichheiten im Erfolg medizinischer Rehabilitationen und deren Varianz nach individuellen und behandlungsbezogenen Merkmalen. In: PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie. Georg Thieme Verlag KG; 2018: 68 (08): e44. doi:10.1055/s-0038-1667990
- [63] Hofreuter K, Koch U, Morfeld M. Die Bedeutung sozialer Ungleichheit als Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung von chronischen Rückenschmerzpatienten nach medizinischer Rehabilitation. Gesundheitswesen 2008; 70: 145–153. doi:10.1055/s-2008-1062720

- [64] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Armuts- und Reichtumsbericht - G05 Subjektiver Gesundheitszustand. Im Internet: <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Indikatoren/Gesellschaft/Subjektiver-Gesundheitszustand/subjektiver-gesundheitszustand.html>; Stand: 07.01.2021
- [65] Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand – Hogrefe, Verlag für Psychologie. 2011. Im Internet: <https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zum-gesundheitszustand.html>; Stand: 28.10.2018
- [66] Bullinger M, Kirchberger I. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 1998
- [67] Bullinger M, Kirchberger I. SF-36. In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C, Hrsg. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe; 2008: 56–59
- [68] Kohlmann T, Raspe H. Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). In: Rehabilitation. 1996; 35: I – VIII
- [69] Schleuter S, Röhrig A, Kohlmann T, et al. FFbH-R, Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen. iqpr. Im Internet: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=398>; Stand: 26.04.2019
- [70] Mittag O, Raspe H. SPE-Skala. In: Bengel J, Zwingmann C, Hrsg. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe; 2008: 378–379
- [71] Mittag O, Raspe H. SPE-Skala, Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. 2003. Im Internet: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=465>; Stand: 26.04.2019
- [72] Deck R. FREM-17, Fragebogen zur Erfassung rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivationen. . Im Internet: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=402>; Stand: 30.04.2019
- [73] Deck R. Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). Z Für Med Psychol 2006; 15: 175–183
- [74] Sangha O, Stucki G, Liang MH, et al. The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. Arthritis Rheum 2003; 49: 156–163. doi:10.1002/art.10993
- [75] Strich F, Robinski M, Mau W, et al. Die Erfassung aktivitätsrelevanter Komorbidität im Patientenurteil mit der deutschen Version des Self-Administered Comorbidity Questionnaire: Eine Validierungsstudie. In: 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Aachen: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2016: 54–56. Im Internet: http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Band_109_Internet.pdf#page=56; Stand: 30.04.2019
- [76] Mahoney F. The Barthel Index. In: Barthel DW. Functional Evaluation. The Barthel Index. MD State Med J; 1965: 61–65.

- [77] Franke GH. SCL-90-R Die Symptom Checkliste von Derogatis. In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C, Hrsg. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe; 2008
- [78] Flohr H, Turk D. FSS, Fragebogen zur Erfassung selbstbezogener Selbstinstruktion. 1991. Im Internet: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=15>; Stand: 21.04.2019
- [79] Deutsche Rentenversicherung. Rehabilitandenfragebögen zur Reha-Qualitätssicherung. Dtsch Rentenversicher. Im Internet: <https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>; Stand: 17.04.2021
- [80] Deck R, Röcklein E. Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. In: Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ - Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden, Routinedaten und Reha-Ökonomie“. 1999: 81–102
- [81] Hradil S. Soziale Ungleichheit: Soziale Schichtung. bpb.de. Im Internet: <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138439/soziale-schichtung>; Stand: 12.09.2020
- [82] Hofreuter-Gätgens K. Soziale Ungleichheit in der rehabilitativen Versorgung. LIT Verlag Münster; 2014; ISBN: 978-3-643-12984-0
- [83] IBM Corp. SPSS Statistics for Windows. NY; 2013. Im Internet: <https://www.ibm.com/support/pages/spss-statistics-220-available-download>; Stand: 25.05.2021
- [84] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988; ISBN: 978-0-8058-0283-2
- [85] Deck R. Veränderungen von Teilhabestörungen nach Reha. 2007; 78: 229–236
- [86] Horres-Sieben B. Erwartungen von Frauen und Männern an die kardiologische Rehabilitation nach einem koronaren Erstereignis. 2004. Im Internet: <https://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss83.pdf>; Stand: 14.02.2021
- [87] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt; 2008; ISBN: 3-9807410-9-5
- [88] Deck R. Förderung der Nachhaltigkeit durch Reha-Nachsorge. 2015. Im Internet: http://www.zentrum-patientenschulung.de/tagungen/qualitaetszirkel2015/Deck_Nachsorge_jun2015.pdf; Stand: 26.04.2021
- [89] Pöpl D, Fries W, Deck R, et al. Teilhabe nach Schlaganfall: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie in der ambulanten Neurorehabilitation (Teil 1). Aktuelle Neurol 2016; 47: 14–23. doi:10.1055/s-0041-110202
- [90] Deck R, Raspe H. Einschränkungen der Teilhabe als Outcome-Variable medizinischer Rehabilitation - Differentielle Ergebnisse für fünf Reha-Indikationen. Berlin; 2007: 95–97. Im Internet: <http://forschung.deutsche->

- rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_16_reha-kolloqu.pdf#page=95, Stand: 13.04.21
- [91] Marheineke J, Deck R, Reuther P, et al. Teilhabe nach Schlaganfall: Einfluss von Depressivität in der ambulanten Neurorehabilitation. *Nervenarzt* 2019; 90: 352–360. doi:10.1007/s00115-018-0622-1
- [92] Kocalevent RD, Klapp BF, Albani C, et al. Zusammenhänge von Ressourcen, chronisch aktiviertem Distress und Erschöpfung in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol* 2013; 63: 115–121. doi:10.1055/s-0032-1327705
- [93] Farin E. Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. *Gesundheitswesen* 2011; 73: e1–e11. doi:10.1055/s-0030-1247536
- [94] Deck R, Raspe H. Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig–Holstein ± Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken*. 2006: 272–281. doi:10.1055/s-2006-940106
- [95] Rosenbrock R, Kümpers S. Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2009; ISBN: 978-3-531-16084-9
- [96] Pfeffer I, Eckert K. Rehabilitation chronischer Erkrankungen – Motivational Interviewing, ein Weg zur nachhaltigen Förderung körperlicher Aktivität? In: Becker S, Hrsg. *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014: 251–279. doi:10.1007/978-3-531-19063-1_11
- [97] Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. doi:10.1002/14651858.CD003316.pub6
- [98] Robert Koch Institut (RKI). *Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland*. 2017. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-025
- [99] Brähler E, Kiess W, Kiess J, et al. *Gesund und gebildet: Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Vandenhoeck & Ruprecht; 2012; ISBN: 978-3-525-40445-4
- [100] Dannenmaier J, Tepohl L, Immel D, et al. Effekt der Rehabilitation auf den verzögerten Eintritt in die Berentung aufgrund von Erwerbsminderung. *Rehabil* 2020; 59: 10–16. doi:10.1055/a-0889-0249
- [101] Nübling R, Muthny F, Bengel J. Die Bedeutung von Reha-Motivation und Behandlungserwartung für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. 2006: 15–37; ISBN: 978-3-456-84271-4
- [102] Kaluscha R, Nübling R, Krischak G, et al. Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus nach Rehabilitation: Neue Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg. In: Buschmann-Steinhage R, Hrsg. *25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung ; Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2016: 101–102; ISBN: 978-3-9817814-1-0

- [103] Stapel M, Kulick B. Zurück an den Arbeitsplatz: Effekte Stufenweiser Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. In: 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin; 2006. Im Internet: <http://doczz.net/doc/5996708/15.-rehabilitationswissenschaftliches-kolloquium>; Stand: 13.04.2021
- [104] Bundestag. Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Bundesgesetzblatt Teil I 2016: 2838
- [105] Deutsche Rentenversicherung Bund. Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. 2015
- [106] Köpke K-H. Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Rehabil 2005; 44: 344–352. doi:10.1055/s-2005-915247
- [107] Krüger-Wauschkuhn T, Pohontsch N, Deck R. Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. Rehabilitation (Stuttg) 2011; 50: 390–396. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1280819>
- [108] Widera T, Volke E, Buschmann-Steinhage R. Reha-Nachsorge im Wandel – Aktuelle Rahmenbedingungen und Herausforderungen für Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer. 2017. Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2017/Artikel/heft_11_12_widera_volke.html, Stand: 03.09.2021
- [109] Fortmann S. Der Einfluss von Beobachtungs- und Bewegungstagebüchern auf den langfristigen Reha-Erfolg. [Disseration]. Lübeck: Universität zu Lübeck; 2014: 10ff. Im Internet: <https://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1430.pdf>, Stand: 28.04.2021
- [110] Deck R, Schramm S, Hüppe A. Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? Rehabil 2012; 51: 316–325. doi:10.1055/s-0031-1291279
- [111] Hempler I, Höhn C, Giesler JM, et al. Entwicklung eines flexiblen Behandlungskonzepts für die neurologische Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall (AOK-proReha Schlaganfall). Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2019; 146: 35–42. doi:10.1016/j.zefq.2019.08.007
- [112] Farin E, Hauer J. Die Evaluation des Behandlungskonzepts AOK-proReha durch einen Vergleich mit einer historischen Kontroll-gruppe: Eine Anwendung der Propensity-Score-Matching-Methode. Rehabil 2015; 54: 102–108. doi:10.1055/s-0034-1387779
- [113] Robert Koch-Institut. Kapitel 3.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit bei Erwachsenen. 2015. doi:10.17886/rkipubl-2015-003
- [114] Schröder SL. Sozioökonomische Ungleichheiten im Versorgungsverlauf am Beispiel der koronaren Herzkrankheit. [Dissertation]. Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 2018: 6ff. doi:10.25673/13603
- [115] Deck R. Der Einfluss von Reha-Erwartungen und Patientenzufriedenheit auf den Reha-Erfolg. Gesundheitswesen 2005; 67: V13. doi:10.1055/s-2005-920507
- [116] Lampert T, Ziese T, Saß AC, et al. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin; 2005: 81-97; ISSN: 0174-4992

- [117] Köpnick A, Hampel P. Der Einfluss der sozialen Lage auf den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz. *Rehabil* 2020; 59: 348–356. doi:10.1055/a-1219-2661
- [118] Richter M., Hurrelmann, K. *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 13-33. doi:10.1007/978-3-531-91643-9
- [119] Mackenbach DJP. *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: Department of Health; 2006. Im Internet: www.dh.gov.uk/publications, Stand: 07.02.2021
- [120] Mielck A. *Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Springer-Verlag; 2013: 13ff. ISBN: 978-3-322-95904-1
- [121] Kuntz B, Zeiher J, Hoebel J, et al. Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. *Suchttherapie* 2016; 17: 115–123. doi:10.1055/s-0042-109372
- [122] Lampert T. Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas: Assoziationen mit dem sozialen Status. 2010: 1-6. doi:10.25646/543
- [123] Dietsche S. *Schmerzreduktion in der Rehabilitation von Dorsopathie-Patienten - Zum Zusammenhang von therapeutischen Maßnahmen und Zielerreichung*. [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg. 2003. Im Internet: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/3565/1/dissertation.pdf>; Stand: 15.02.2021
- [124] Kobelt A, Liewerscheidt B, Grosch E, et al. Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut* 2010; 55: 43–48. doi:10.1007/s00278-009-0699-x
- [125] Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, et al. *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter*. Berlin; 2016: 1-14. doi:10.17886/RKI-GBE-2016-006

7 Anhang

7.1 Grafiken

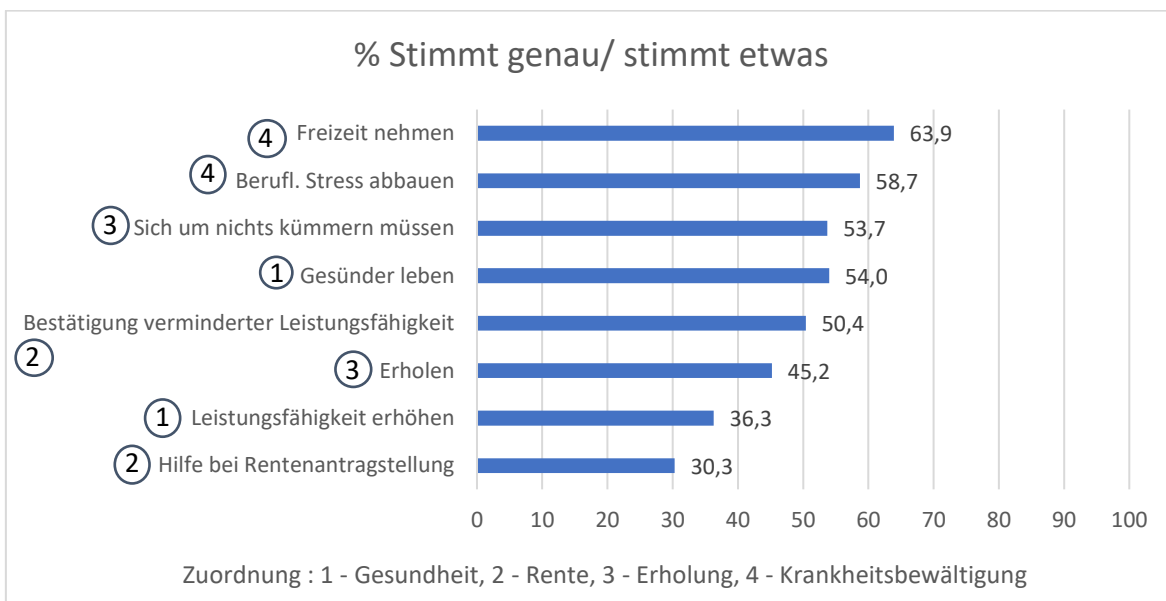


Abbildung A1: Welche Erwartungen werden an die Reha gestellt?

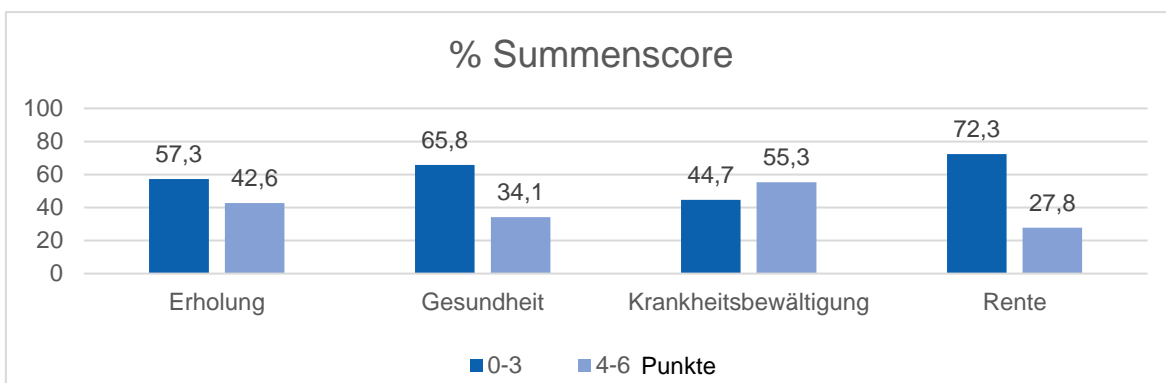


Abbildung A2: Frem-8 zu Beginn der Rehabilitation

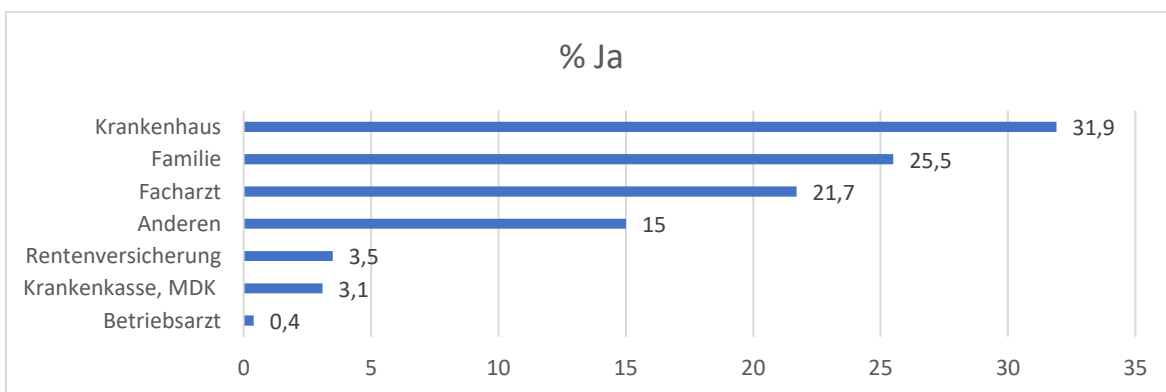


Abbildung A3: Mit wem wurden die Reha-Ziele besprochen?

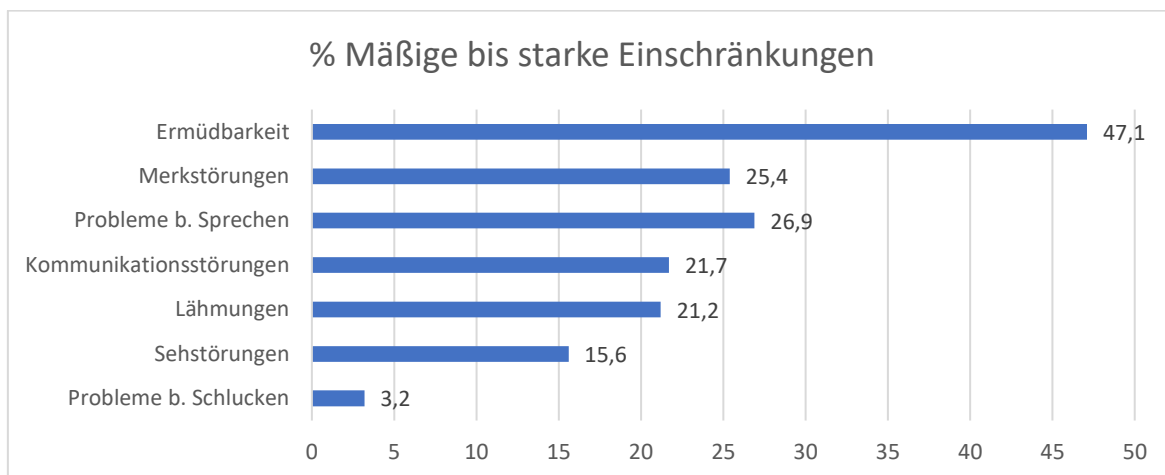


Abbildung A4: Neurologische Einschränkungen zu Beginn der Rehabilitation

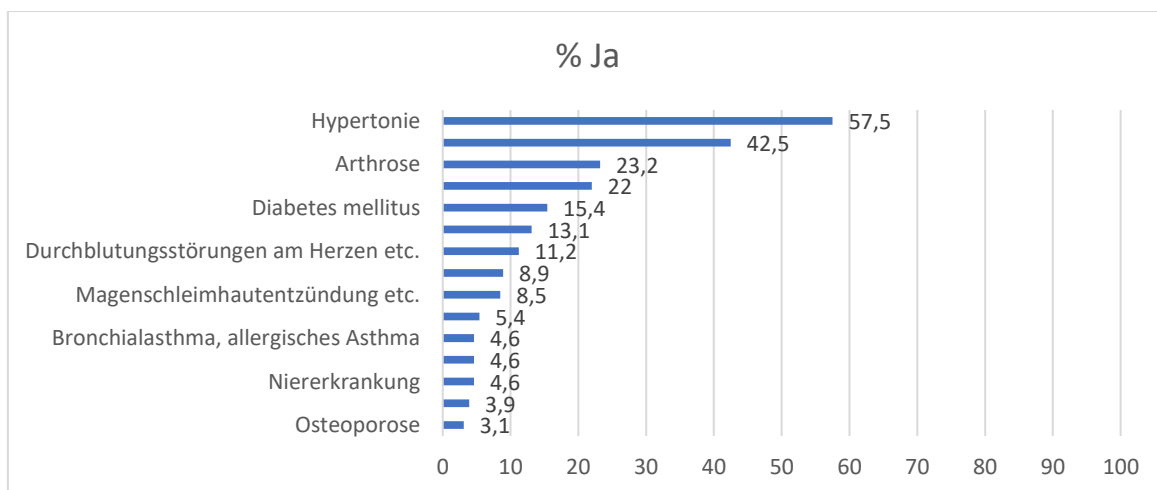


Abbildung A5: Weitere Erkrankungen zu Beginn der Rehabilitation

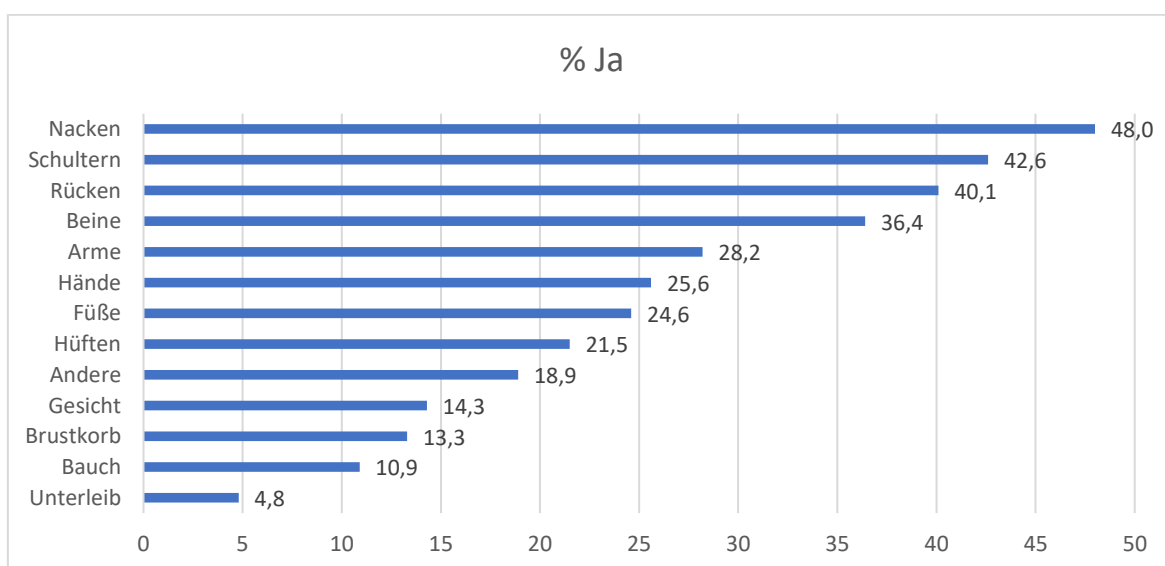


Abbildung A6: Schmerzen zu Beginn der Rehabilitation

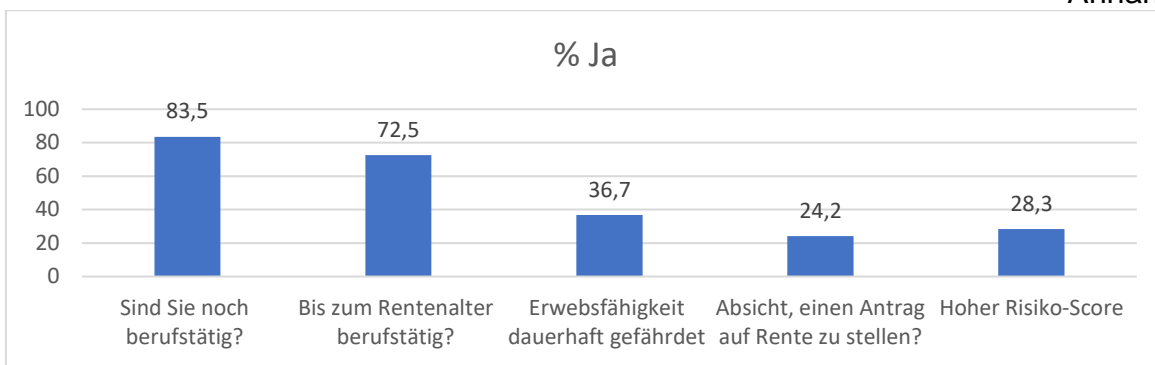


Abbildung A7: Berufliches Risiko zu Beginn der Rehabilitation

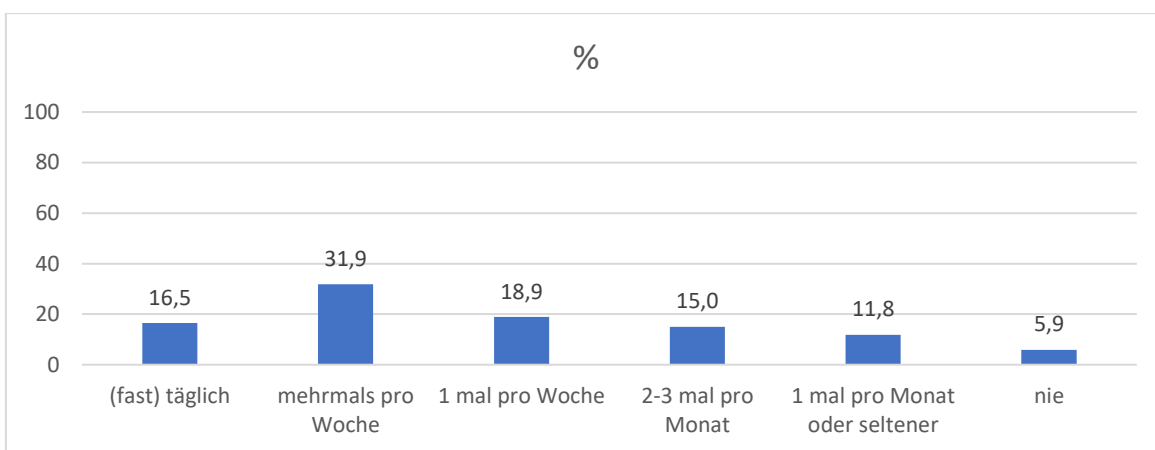


Abbildung A8: Körperliche Aktivität zu Beginn der Reha

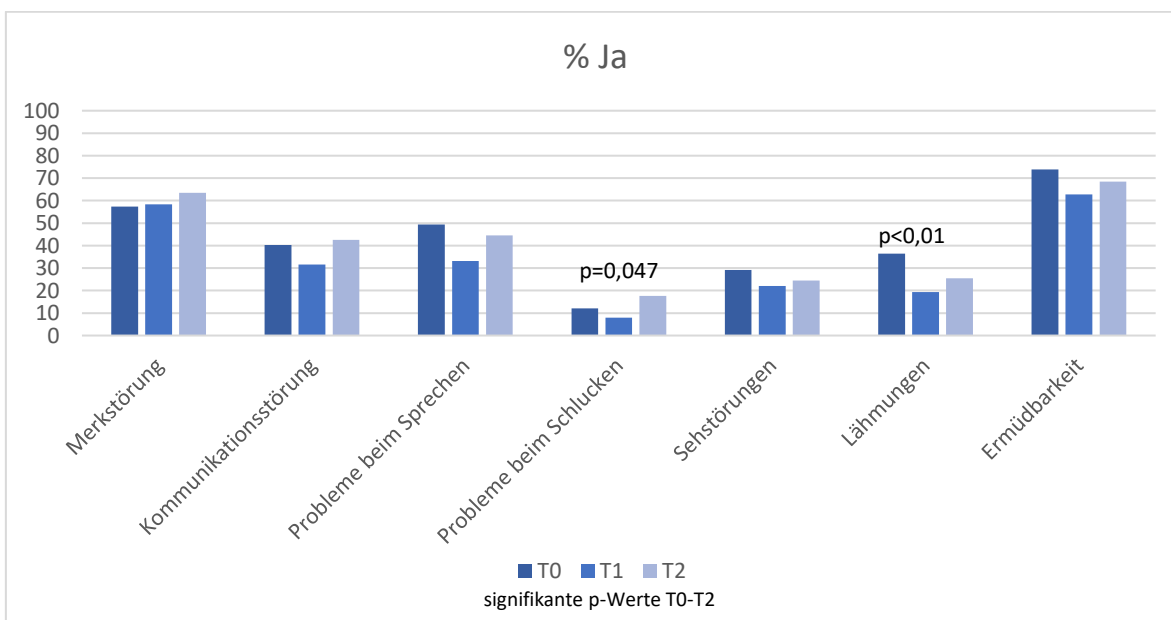


Abbildung A9: Vergleich der Häufigkeiten der neurologischen Einschränkungen von T0 bis T2

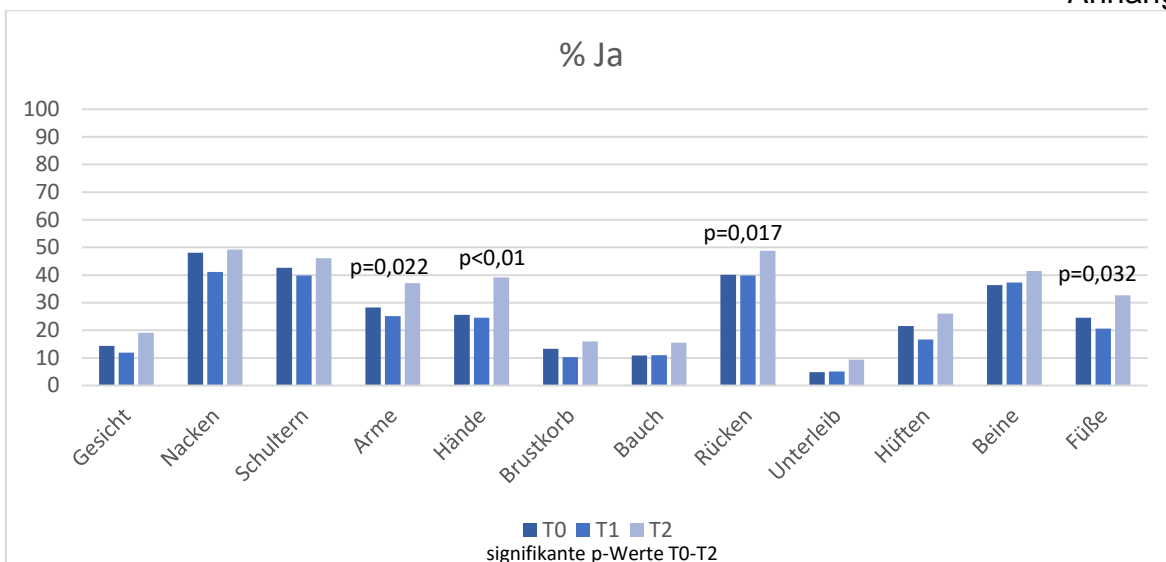


Abbildung A10: Vergleich der Häufigkeit der Schmerzen von T0 bis T2

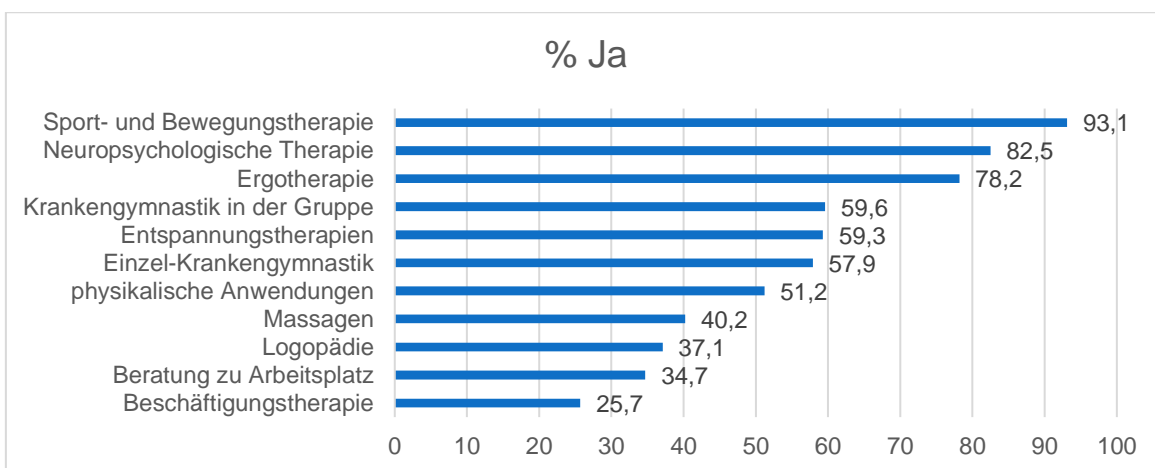


Abbildung A11: Teilnahme an Behandlungen während der Rehabilitation

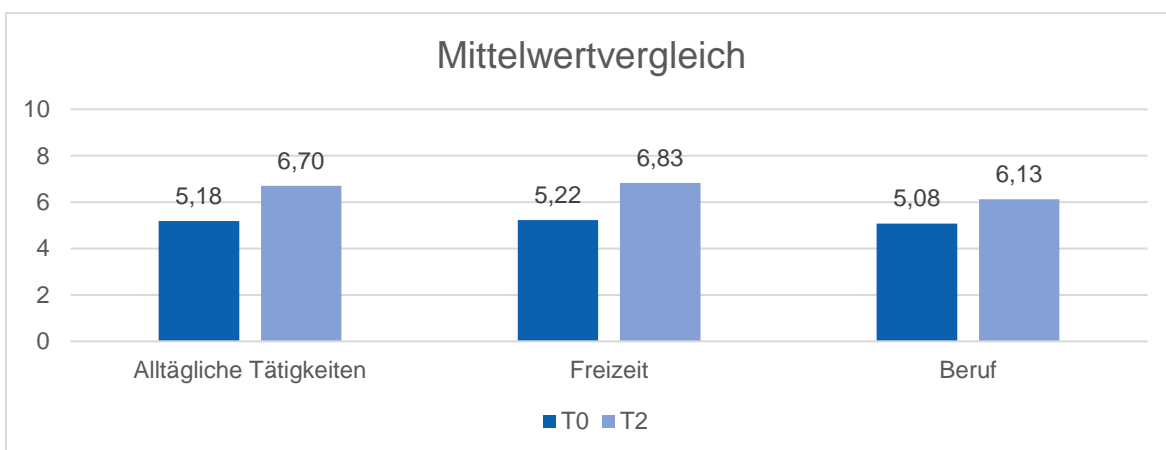


Abbildung A12: Mittelwertvergleich der Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt T0 mit T2

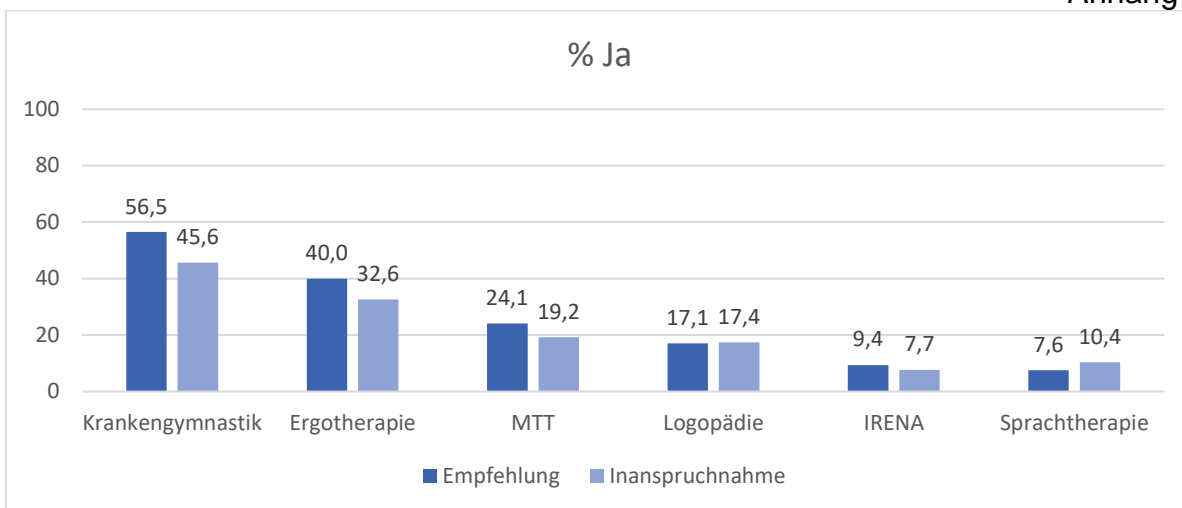


Abbildung A13: Nachsorgeempfehlungen und Inanspruchnahme der Nachsorge

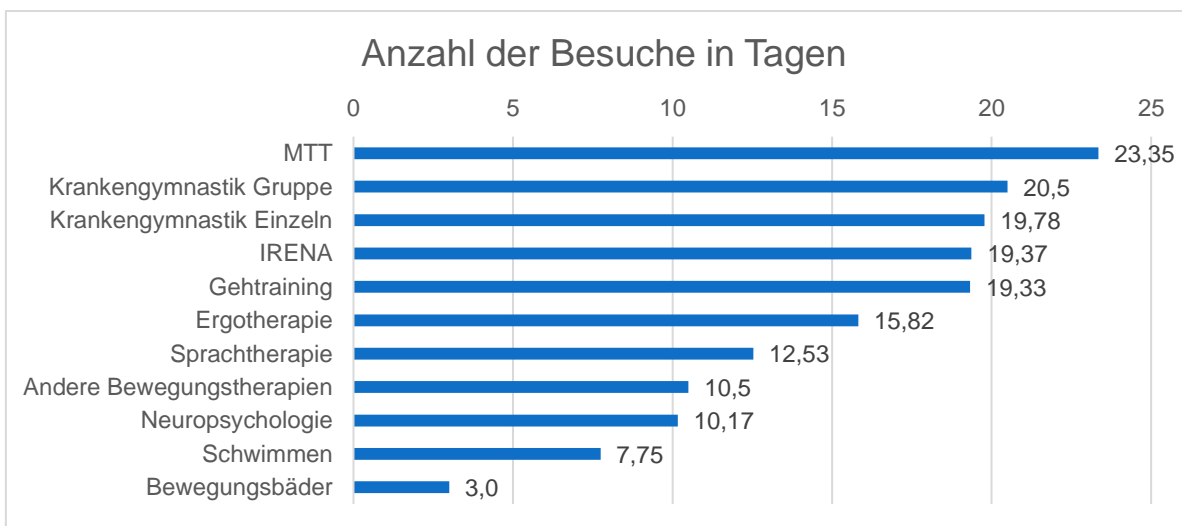


Abbildung A14: Durchschnittliche Anzahl der Besuche der Nachsorge-Angebote

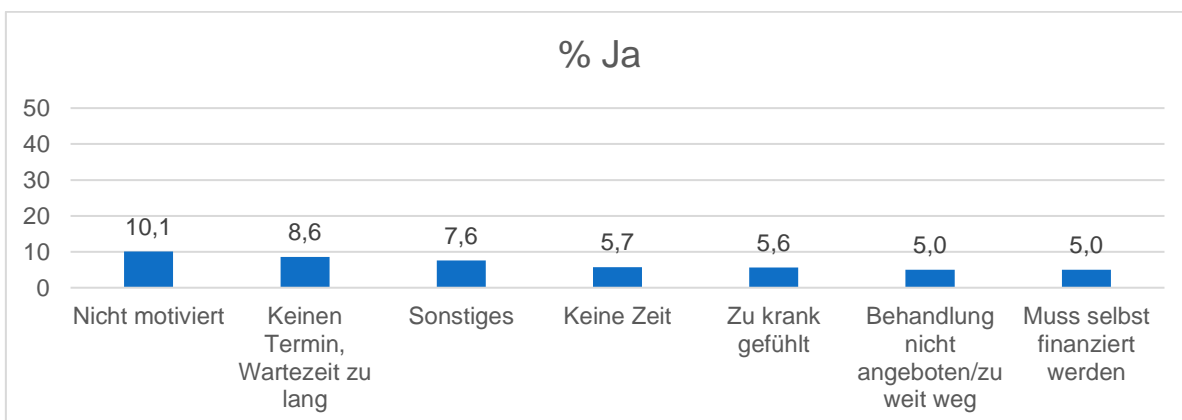


Abbildung A15: Gründe für eine mangelnde Inanspruchnahme der Nachsorge

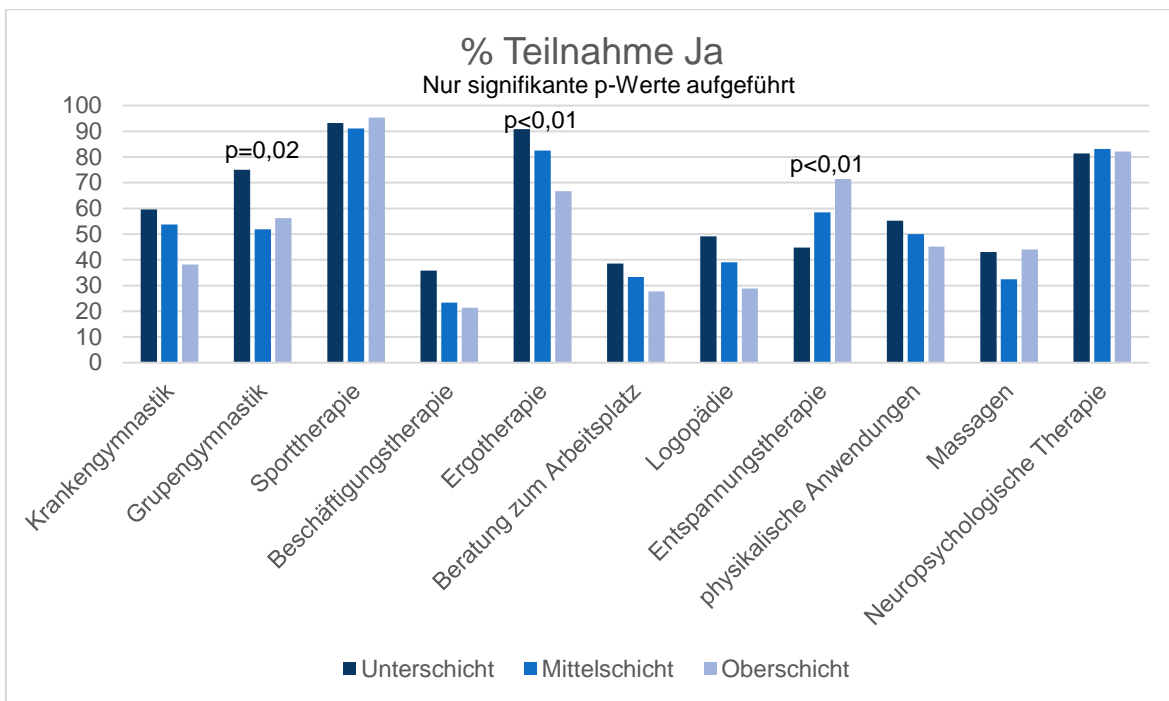


Abbildung A16: Schichtvergleich der Teilnahme an Therapieangeboten während der Rehabilitation

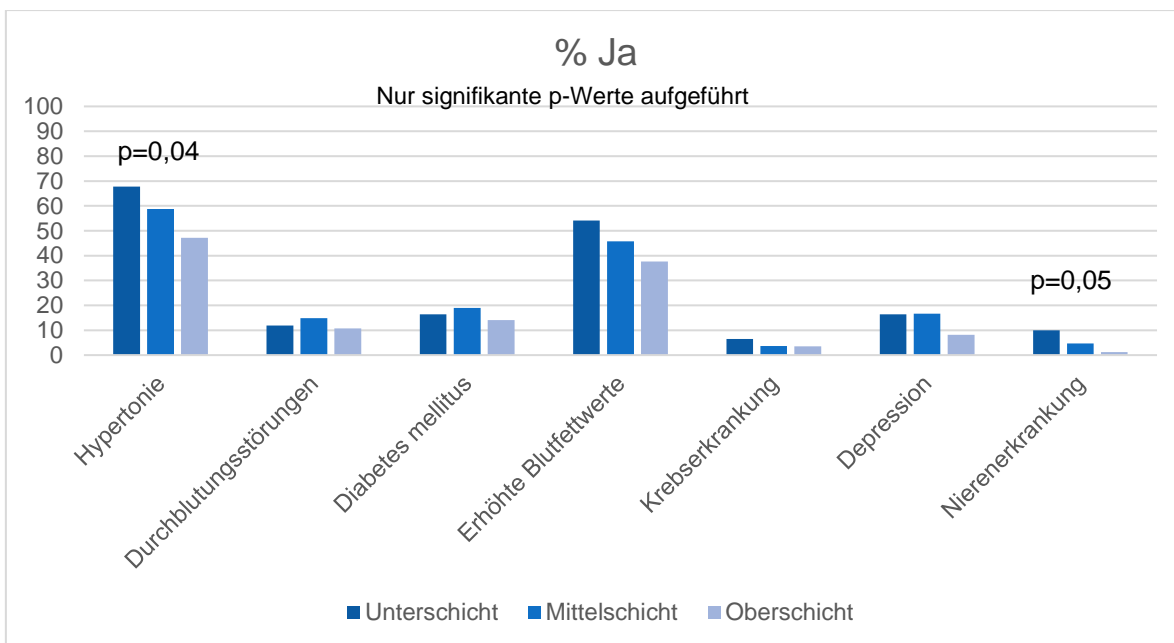


Abbildung A17: Schichtvergleich der Komorbiditäten

7.2 Tabellen

Tabelle A1: Berechnung des Sozialschichtindex

Punktevergabe Sozialschichtindex	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
Schulabschluss	Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur
Berufliche Stellung	Arbeiter, Sonstige	Angestellte	Beamte, Selbstständige
Einkommen (€)	<1.500	1.500-3.000	>3.000
Summenscore des Index: $\sum = 3 - 9$			

Tabelle A2: Empfehlung, Informationen und Wahl der Reha-Klinik

(%)	Krankenhaus	Reha-Klinik	Facharzt	Rentenversicherung	Selbst	Hausarzt	Krankenversicherung	Andere
Empfehlung der Reha	0	0	39,9	15,1	13,1	11,9	4,3	44,3
Informationen	0	37,9	9,3	4,8	14,6	5,3	2,5	0
Wahl der Reha-Klinik	57,5	0	0	26	28,3	2,4	2,4	3,9

Tabelle A3: Mittelwertvergleich der Reha-Erwartungen (Frem-8)

Skala	T0 erwartet MW (SD)	T1 erfüllt MW (SD)	p-Wert ¹
Erholung	3,61 (1,4)	4,56 (1,4)	<0,01
Gesundheit	4,73 (1,2)	4,28 (1,3)	<0,01
Krankheitsbewältigung	3,76 (1,7)	3,87 (1,6)	0,255
Rente ²	1,82 (1,8)	1,86 (1,6)	0,761

¹F-Test ²nur die Berufstätigen

Tabelle A4: IMET-Einzelwerte im Vergleich bei unterschiedlichen Stichproben

IMET Einzelitems	Mittelwerte (SD)					
	T0	T1	T2	Allgemeinbevölkerung, Altersgruppe 50-59 Jahre Männer/Frauen [30]	Daten der QGmR, indikationsübergreifend [36]	Ausgangswerte der ambulanten Neurorehabilitation [89]
übliche Aktivitäten	1,5 (2,0)	1,1 (2,0)	1,3 (2,1)	1,19 / 0,98	2,2 (2,6)	1,9 (2,4)
häusliche Verpflichtungen	2,9 (2,7)	2,1 (2,5)	2,1 (2,6)	1,42 / 1,60	4,2 (3,0)	3,3 (2,9)
außerhäusliche Erledigungen	2,9 (3,1)	2,0 (2,7)	1,8 (2,6)	1,23 / 1,18	3,1 (3,2)	3,1 (3,2)
tägliche Aufgaben	4,2 (3,4)	2,9 (3,0)	2,9 (3,1)	1,68 / 1,61	4,1 (3,1)	3,8 (3,2)
Erholung	3,7 (3,0)	2,3 (2,6)	2,5 (2,8)	1,95 / 1,73	4,8 (3,3)	3,8 (3,1)
soziale Aktivitäten	2,9 (3,0)	1,7 (2,4)	2,1 (2,7)	1,73 / 1,55	3,4 (3,3)	3,2 (3,1)
persönliche Beziehungen	1,8 (2,5)	1,4 (2,5)	1,9 (2,6)	1,66 / 1,37	2,4 (3,0)	1,8 (2,5)
Sexualleben	3,1 (3,2)	2,4 (3,2)	3,2 (3,5)	2,82 / 2,31	4,7 (3,8)	4,4 (3,6)
Stress	4,1 (3,1)	3,3 (3,1)	3,7 (3,1)	2,92 / 3,26	4,0 (3,2)	3,8 (3,2)

Tabelle A5: Signifikanz und Vergleich der Häufigkeiten in % der weiteren Erkrankungen

	T0	T2	p-Wert¹
Hypertonie	58,1	66	0,007
Durchblutungsstörung am Herzen	11,4	12,5	0,845
Bronchialasthma, allerg. Asthma	4,7	5,5	0,754
COPD, Lungenemphysem	4,8	4,8	1
Gastritis	8,9	11,3	0,307
Diabetes mellitus	15,9	17,5	0,388
Lipidstoffwechselstörung	42,8	48,8	0,049
Nierenerkrankung	4,8	8	0,134
Arthrose	23,4	25	0,597
Entzündl. Gelenkerkrankung	5,6	7,1	0,503
Osteoporose	3,1	5,1	0,18
Krebserkrankung	3,9	5,5	0,344
Depression	13,5	16,7	0,243
Andere psych. Erkrankung	8,5	11,7	0,169

¹McNemar Test**Tabelle A6:** Soziale Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht und Alter

	Weiblich (N, %)	Alter (MW, SD)
Unterschicht	24 (38,7)	56,0 (0,49)
Mittelschicht	33 (38,8)	54,2 (0,49)
Oberschicht	22 (25,6)	53,2 (0,43)
p-Wert	0,123	0,073

Tabelle A7: Hohes berufliches Risiko nach Schichtzugehörigkeit im Zeitverlauf

	Messzeitpunkte (%)		p-Wert¹		p-Wert²
	T0	T2	T0	T2	T0-T2
Unterschicht	31,1	31,0	0,565	0,065	0,625
Mittelschicht	31,3	44,4			0,057
Oberschicht	23,9	25,4			1

¹Chi² zwischen den Gruppen ²McNemar innerhalb der Gruppen**Tabelle A8:** Schichtvergleich der AU-Tage

AU-Tage	Messzeitpunkte (MW)		p-Wert²		
	T0	T2	Zeit	Schicht	Zeit*Schicht
Unterschicht	27,8	105,5	<0,01	0,233	0,838
Mittelschicht	12,2	79,8			
Oberschicht	25,3	88,7			

¹F-Test

Tabelle A9: Schichtvergleich der körperlichen Aktivität

Körperliche Aktivität (% einmal pro Woche oder öfter)	T0	T2	p-Wert ¹		p-Wert ²
			T1	T2	
Unterschicht	71,0	80,0	0,572	0,517	0,332
Mittelschicht	63,1	83,3			<0,01
Oberschicht	68,6	87,1			<0,01

¹ Chi2-Test ² McNemar

Tabelle A10: Schichtunterschiede über den Zeitverlauf des BMI

BMI	Messzeitpunkte		p-Wert ¹		
	T0	T2	Zeit	Schicht	Zeit*Schicht
Unterschicht	28,39	28,97	0,374	0,285	0,022
Mittelschicht	28,59	28,05			
Oberschicht	27,52	27,02			

¹F-Test

8 Fragebögen



ID-Nr.: _____

Fragebogen zur Rehabilitation

Vor der Maßnahme

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Ihnen verschiedene Fragen zu Ihrem Rehabilitationsaufenthalt stellen. Wir möchten von Ihnen z. B. erfahren, warum Sie die anstehende Rehabilitation durchführen, wer diese Klinik ausgewählt hat und wie Sie auf Ihren Aufenthalt in der Klinik bisher vorbereitet wurden. Natürlich möchten wir auch gerne wissen, wie es Ihnen geht und was Sie von dieser Rehabilitationsmaßnahme erwarten.

Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch und beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen setzen oder die Antwort an die durch einen Strich _____ bezeichnete Stelle schreiben. Streichen Sie ein versehentlich falsch gesetztes Kreuz deutlich durch und kreuzen Sie dann das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage.

Wir werden Ihnen einen ähnlichen Fragebogen direkt nach Ende der Maßnahme vorlegen, um zu erfahren, was die Rehabilitationsmaßnahme bei Ihnen unmittelbar bewirkt hat sowie nach vier Monaten, um die Langzeitergebnisse der Reha und der empfohlenen Nachsorgeprogramme festzustellen. Wir bitten Sie schon heute, diese Fragebögen ebenfalls auszufüllen. Durch Ihre Mitarbeit können Sie dazu beitragen, dass die Qualität von Reha-Maßnahmen gesichert und verbessert wird.

Ausfülldatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Allgemeine Angaben zur Rehabilitation

1	Ist dies Ihre erste Rehabilitationsmaßnahme?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, die _____ Rehabilitationsmaßnahme	

2	Wer hat Ihnen die aktuelle Rehabilitation empfohlen? <i>Sie können mehrere Angaben ankreuzen</i>										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Hausarzt / Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Rentenversicherung <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Facharzt <input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Familie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betriebsarzt <input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Andere: _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Krankenversicherung, MDK <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ich habe mich selbst dafür entschieden <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Hausarzt / Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>	Facharzt <input type="checkbox"/>	Familie <input type="checkbox"/>	Betriebsarzt <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>	Krankenversicherung, MDK <input type="checkbox"/>		Ich habe mich selbst dafür entschieden <input type="checkbox"/>	
Hausarzt / Facharzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>										
Facharzt <input type="checkbox"/>	Familie <input type="checkbox"/>										
Betriebsarzt <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>										
Krankenversicherung, MDK <input type="checkbox"/>											
Ich habe mich selbst dafür entschieden <input type="checkbox"/>											

3	Wurden Sie zuvor darüber informiert, was das konkrete Behandlungsprogramm einer Reha-Klinik beinhaltet und erfordert (z. B. über die verschiedenen Therapieangebote, aber auch die aktive Mitwirkung der Reha-Patienten)?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bitte weiter mit Frage 5!)</i>	

4	Wenn Sie zuvor über die Reha informiert wurden, von wem? <i>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an.</i>																		
<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">ja</td> <td style="padding: 0 10px;">nein</td> </tr> </table>		ja	nein																
ja	nein																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Hausarzt</td> <td style="width: 15%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Facharzt</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Rentenversicherung</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Krankenversicherung</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Klinik</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ich habe mich selbst informiert.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe mich selbst informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Ich habe mich selbst informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

5	Wer hat die Rehabilitationsklinik ausgesucht? <i>Sie können mehrere Angaben ankreuzen</i>						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Hausarzt <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Rentenversicherung <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Krankenversicherung <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Krankenhaus <input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ich selbst <input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Andere: _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Hausarzt <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>	Krankenversicherung <input type="checkbox"/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	ich selbst <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>
Hausarzt <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>	Krankenversicherung <input type="checkbox"/>					
Krankenhaus <input type="checkbox"/>	ich selbst <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>					

Reha-Erwartungen und Reha-Ziele

6	<p>Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Erwartungen und Wünsche von Patienten in einer Rehabilitationsklinik beschreiben. Sicherlich werden auch Sie mit bestimmten Erwartungen und Wünschen in die Rehabilitationsklinik kommen.</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen der Reihe nach durch und kreuzen Sie bei jeder Aussage an, in welchem Maße Sie den genannten Erwartungen und Wünschen zustimmen.</i></p>																																								
	stimmt genau stimmt eher stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht																																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich mich erhole.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich lerne, gesünder zu leben.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich meine Leistungsfähigkeit erhöhen kann.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich beruflichen Stress abbauen kann.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ich erwarte, dass ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich mich erhole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich lerne, gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich meine Leistungsfähigkeit erhöhen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich beruflichen Stress abbauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, dass ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich mich erhole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich lerne, gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich meine Leistungsfähigkeit erhöhen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich beruflichen Stress abbauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich lerne, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenantragstellung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

7	<p>Verbinden Sie mit der Reha-Maßnahme auch ein langfristiges Ziel?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(weiter mit Frage 9!)</i></p>
----------	---

8	<p>Welche Zielsetzung verbinden Sie persönlich mit der Reha-Maßnahme?</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----------	--

9	<p>Hat man Ihre Erwartungen und Ziele (Fragen 6 und 8) mit Ihnen besprochen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bitte weiter mit Frage 11!)</i></p>
----------	---

10	<p>Wer hat die Rehabilitationsziele mit Ihnen besprochen?</p> <p style="text-align: center;"><i>Sie können mehrere Angaben ankreuzen</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Familie <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Krankenkasse, MDK <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hausarzt <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Rentenversicherung <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Facharzt <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Krankenhaus <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Betriebsarzt <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Andere: _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Familie <input type="checkbox"/>	Krankenkasse, MDK <input type="checkbox"/>	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>	Facharzt <input type="checkbox"/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Betriebsarzt <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>
Familie <input type="checkbox"/>	Krankenkasse, MDK <input type="checkbox"/>								
Hausarzt <input type="checkbox"/>	Rentenversicherung <input type="checkbox"/>								
Facharzt <input type="checkbox"/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/>								
Betriebsarzt <input type="checkbox"/>	Andere: _____ <input type="checkbox"/>								

Gesundheitszustand, Schmerzen und Beschwerden

11	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?			
sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Bitte beantworten Sie, wie stark Sie unter folgenden Beeinträchtigungen leiden.
	stark ziem-lich mäßig ein wenig gar nicht
Merkstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Probleme beim Sprechen (Aussprache, Wortfinden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
krankhafte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13	Im Folgenden sind verschiedene Arten von Schmerzen aufgeführt. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob und wie stark Sie diese innerhalb der letzten 7 Tage verspürten.
	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Schultern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Fingern oder Händen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bauch oder im Magen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen im Unterleib	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Hüften	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Füßen und Zehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
andere Schmerzen, und zwar:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Quelle: Bundesgesundheitsurvey 1998

Weitere Erkrankungen

14	<p>Neben der akuten neurologischen Erkrankung haben Sie möglicherweise noch weitere Erkrankungen. Die folgende Liste enthält verbreitete Gesundheitsprobleme.</p> <p>Wurde die Krankheit jemals bei Ihnen ärztlich festgestellt?</p>		
		Nein	Ja
	Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina Pectoris, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bronchialasthma, allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Bronchitis, Lungenemphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erhöhte Blutfette, z.B. Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine, Nierenbeckenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthrose (Gelenkverschleiß z.B. an Hüft- oder Kniegelenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entzündliche Gelenkerkrankungen (z.B. chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krebserkrankungen (bösartige Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Depression (Schwermut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere psychische Erkrankungen (Angstzustände, Psychosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Erkrankungen, die bisher nichtgenannt wurden:		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Sie finden in dieser Liste eine Reihe von körperlichen Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.					
		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: SCL-90R (Somatisierung)

16	Wir führen ständig ein inneres Zwiegespräch mit uns selbst. Auch wenn wir gesundheitlich beeinträchtigt sind, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf. Im Folgenden finden Sie typische Gedanken von Menschen, die gesundheitliche Beschwerden haben. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihnen diese Gedanken durch den Kopf gehen, wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben.						
		Das denke ich					
		fast nie					fast immer
	Diese Beschwerden halte ich nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egal, was ich auch tue, ich kann doch nichts mehr ändern an meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich muss schnell ein Medikament nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das hört ja nie mehr auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wird es wieder schlimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Beschwerden machen mich fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diese Beschwerden machen mich noch verrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: FSS-Cat

Stimmung und Vitalität

17	Wie oft waren Sie in den vergangenen 7 Tagen						
		immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
	voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: SF-36

Alltagstätigkeiten

18	Bei den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie <u>im Moment</u> (wir meinen mit Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.			
	<p>"ja" heißt, Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen "ja, aber nur mit Mühe" heißt, Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen "nein oder nur mit fremder Hilfe" heißt, Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft</p>			
		ja	ja, aber nur mit Mühe	nein oder nur mit fremder Hilfe
	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: FFbH-R

Beeinträchtigungen

19

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit.

Dabei bedeuten: 0 = keine Beeinträchtigung bzw. kann Belastungen gut ertragen, 10 = keine Aktivität mehr möglich bzw. kann Belastungen nicht mehr ertragen.

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Erledigungen außerhalb des Hauses** (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen** (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Erholung und Freizeit** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **enge persönliche Beziehungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


- **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


- **Stress und außergewöhnliche Belastungen** (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

kann Belastungen gut ertragen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	kann Belastungen nicht mehr ertragen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24 An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer aktuellen Beschwerden krankgeschrieben?


krankgeschrieben nein ja → an  _____ Tagen krankgeschrieben

25 An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten vor der Reha-Maßnahme wegen Ihrer Erkrankung so eingeschränkt, dass Sie Ihre üblichen Alltagstätigkeiten nicht ausführen konnten?

eingeschränkt nein ja → an  _____ Tagen eingeschränkt

Lebensgewohnheiten

26 Rauchen Sie?

nein ja →  _____ Zigaretten am Tag

27 Wie oft betätigen Sie sich körperlich (z.B. Spaziergehen, Fahrradfahren, Schwimmen oder Sport)?

nie	1 mal pro Monat oder seltener	2-3 mal pro Monat	1 mal pro Woche	mehrmals pro Woche	(fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Zu Ihrer Person

<p>28 Sind Sie ...</p> <p>männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p>	<p>29 Wann wurden Sie geboren?</p> <p style="text-align: center;">Monat Jahr</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </p>
--	--

29 In welchem Land sind Ihre Eltern geboren??


Mutter

in Deutschland

in einem anderen Land → welches?  _____

Vater

in Deutschland

in einem anderen Land → welches?  _____

30 Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit meiner Geburt Seit: _____ (Bitte Jahreszahl angeben.)

31	Ist Deutsch Ihre Muttersprache?	ja <input type="checkbox"/>	→ (bitte weiter mit Frage 34)		
		nein <input type="checkbox"/>			

32	Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?
	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>

33	Verfügen Sie über	
	...die deutsche Staatsangehörigkeit?	<input type="checkbox"/>
	...einen unbefristeten Aufenthalt?	<input type="checkbox"/>
	...einen befristeten Aufenthalt?	<input type="checkbox"/>

34	Wie groß sind Sie?		35	Wie viel wiegen Sie?
	✍ _____ cm			✍ _____ kg

36	Wie ist Ihr Familienstand?
	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/>
	Leben Sie mit einem festen Partner zusammen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

37	Ihr höchster erreichter Schulabschluss		38	Berufsausbildung
	Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/>			Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) <input type="checkbox"/>
	Realschulabschluss/Mittlere Reife <input type="checkbox"/>			Beruflich-schulische Ausbildung (Handelsschule/Berufsfachschule) <input type="checkbox"/>
	Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/>			Abschluss an Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/>
	Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>			Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/>
	Abitur / Allgemeine Hochschulreife <input type="checkbox"/>			Universität, Hochschulabschluss <input type="checkbox"/>
	anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/>			andere Berufsausbildung <input type="checkbox"/>
	kein Schulabschluss <input type="checkbox"/>			keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/>

39	Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	
	ja, ganztags <input type="checkbox"/>	nein, Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/>
	ja, mindestens halbtags <input type="checkbox"/>	nein, in Ausbildung <input type="checkbox"/>
	ja, weniger als halbtags <input type="checkbox"/>	nein, arbeitslos / erwerbslos <input type="checkbox"/>
		nein, Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/>
		nein, Altersrente <input type="checkbox"/>
		nein, anderes <input type="checkbox"/>

40	In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?
	Arbeiter <input type="checkbox"/>
	Angestellter <input type="checkbox"/>
	Beamter <input type="checkbox"/>
	Selbstständiger <input type="checkbox"/>
	Sonstiges <input type="checkbox"/>

41	Bei welcher Krankenkasse sind Sie hauptsächlich versichert?	
	AOK <input type="checkbox"/>	ausschließlich privat <input type="checkbox"/>
	Ersatzkasse (BEK, DAK, TK o.ä.) <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>
	Betriebskrankenkasse <input type="checkbox"/>	teilprivat <input type="checkbox"/>
	Innungskrankenkasse <input type="checkbox"/>	anderes _____

42	Wie hoch ist das Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?	
	<i>Nettoeinkommen: Die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben</i>	
	bis unter 500 EURO <input type="checkbox"/>	2.000 bis unter 2.500 EURO <input type="checkbox"/>
	500 bis unter 1.000 EURO <input type="checkbox"/>	2.500 bis unter 3.000 EURO <input type="checkbox"/>
	1.000 bis unter 1.500 EURO <input type="checkbox"/>	3.000 bis unter 3.500 EURO <input type="checkbox"/>
	1.500 bis unter 2.000 EURO <input type="checkbox"/>	3.500 EURO und mehr <input type="checkbox"/>

Quelle: AG Routinedaten

43	Wie groß ist der Wohnort in dem Sie leben?
bis 1000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
bis 10.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
bis 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
größer als 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>

Zum Fragebogen

44	Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder zusammen mit einer anderen Person?
<input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.	<input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen teilweise oder ganz zusammen mit einer anderen Person ausgefüllt.
Haben Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt?	
<input type="checkbox"/> Ich habe Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt.	<input type="checkbox"/> Ich konnte den Fragebogen ohne Hilfe ausfüllen.

Haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!
Bitte gehen Sie die Fragen noch einmal durch und prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Entlassungsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dauer der Reha-Maßnahme: _____Tage

Klinik und Unterbringung

1	Wenn Sie an die gerade abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme denken, wie beurteilen Sie					
		sehr schlecht	schlecht	weder schlecht noch gut	gut	sehr gut
	die Organisation der Abläufe in der Klinik (z.B. lange Pausen zwischen den Therapien, Überschneidungen von Therapien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	die Leistungen der Klinikverwaltung (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	das Essen und die Ernährung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärzte und Pflegekräfte

2	Wann fand die ausführliche ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt?					
		am Aufnahmetag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 4. Tag	nach dem 4. Tag
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Wie häufig wechselte die Ärztin/der Arzt, die/der Sie hauptsächlich betreute?					
		nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Wie beurteilen Sie die Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte während Ihres Reha-Aufenthalts?					
		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
	Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Ärztin / der Arzt war sehr einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Ärztin / der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, sehr verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Ärztin / der Arzt hat für mich die genau richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Pflegekräfte waren sehr einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Pflegekräfte haben mich genau informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychotherapeutische Betreuung

5	Haben Sie - von Entspannungstherapien abgesehen - mit einer Psychologin oder einem Psychologen gesprochen?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(weiter mit Frage 7!)</i>	

6	Wie beurteilen Sie die psychologische Betreuung während Ihres Reha-Aufenthalts?		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig psychologische Betreuung erhalten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin / der Psychologe war sehr einfühlsam und verständnisvoll.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe für mich genau die richtige psychologische Betreuung erhalten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Rehabilitationsteam im Allgemeinen

7	Wenn Sie Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustands oder Ihrer Behandlung hatten, hat jemand mit Ihnen darüber gesprochen, wenn Sie das wollten?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ich hatte keine Ängste	

8	Wie haben Ärzte, Schwestern/Pfleger und TherapeutInnen Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet?
schlecht mittelmäßig gut sehr gut ausgezeichnet	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Reha-Plan und Reha-Ziele

9	In der Rehabilitationsklinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt,		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinander zu setzen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich den seelischen Problemen in Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung zuzuwenden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlungen

10	Wann begannen Ihre Behandlungen?				
	am Aufnahmetag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 4. Tag	nach dem 4. Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?								
		Teilnahme?		Falls ja, Urteil					
		nein	ja		sehr schlecht	sehr gut		
	Krankengymnastik einzeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankengymnastik in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wie viele Teilnehmer hatte die Gruppe?		_____						
	Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditions- / Terraintraining)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschäftigungs-, Gestaltungs- und Freizeittherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wurden Sie zu Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Logopädie (z.B. Sprach-, Sprech-, Schlucktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Physikalische Anwendungen (z.B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neuropsychologische Therapie (z.B. Konzentrationsübungen, Gedächtnistraining)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Welche der genannten Behandlungen hat Ihnen am besten geholfen?	
	<i>Bitte tragen Sie die zutreffende Behandlung ein.</i>	

13	Ich habe insgesamt gesehen zu wenige Behandlungen erhalten.				
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils zu, teils nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Für meine Beschwerden hatte die Reha-Klinik die richtigen Angebote, Behandlungen und Beratungen.				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Wie häufig während der gesamten Reha					
		nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal
	fielen Behandlungen aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wechselten bei einer Therapie (z.B. Krankengymnastik) der Therapeut / die Therapeutin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsbildung und -training, Beratungen

16	An welchen der folgenden Schulungen und Vorträge haben Sie in der Klinik teilgenommen, welche der folgenden Beratungen und Hilfen haben Sie erhalten? Wie beurteilen Sie diese?								
		Teilnahme?			Falls ja, Urteil				
		nein	ja		sehr schlecht				sehr gut
	Gesundheitsbezogene Vorträge (z.B. zu den Themen Ernährung, Stress, Bewegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankheitsbezogene Schulungen und Seminare (z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Asthmaschulung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allgemeine Schulungen und Seminare (z.B. Gewichtsreduktion, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratungen und Hilfen, um Ihnen Ihre Arbeitsplatzsituation oder die Rückkehr zur Arbeit zu erleichtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konnten Sie in der Klinik konkret ausprobieren, welchen Arbeitsaufgaben und Belastungen Sie noch gewachsen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung und Hilfe in rechtlichen Dingen (z.B. Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen, Rentenfragen, Schwerbehinderten-Ausweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitszustand, Schmerzen und Beschwerden

17	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?				
	sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18	Bitte beantworten Sie, wie stark Sie unter folgenden Beeinträchtigungen leiden.					
		stark	ziemlich	mäßig	ein wenig	gar nicht
	Merkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme beim Sprechen (Aussprache, Wortfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	krankhafte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Im Folgenden sind verschiedene Arten von Schmerzen aufgeführt. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob und wie stark Sie diese innerhalb der letzten 7 Tage verspürten.					
		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Fingern oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Bauch oder im Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Füßen und Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Schmerzen, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Bundesgesundheitsurvey 1998

20	Sie finden in dieser Liste eine Reihe von körperlichen Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.					
		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: SCL-90R (Somatisierung)

Gedanken über Gesundheitsbeschwerden

22	Wir führen ständig ein inneres Zwiegespräch mit uns selbst. Auch wenn wir gesundheitlich beeinträchtigt sind, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf. Im Folgenden finden Sie typische Gedanken von Menschen, die gesundheitliche Beschwerden haben. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihnen diese Gedanken durch den Kopf gehen, wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben.						
		Das denke ich					
		fast nie					fast immer
	Diese Beschwerden halte ich nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egal, was ich auch tue, ich kann doch nichts mehr ändern an meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich muss schnell ein Medikament nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das hört ja nie mehr auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wird es wieder schlimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Beschwerden machen mich fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diese Beschwerden machen mich noch verrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: FSS-Cat

Alltagstätigkeiten

23	<p>Bei den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie <u>im Moment</u> (wir meinen mit Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.</p> <p>"ja" heißt, Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen "ja, aber nur mit Mühe" heißt, Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen "nein oder nur mit fremder Hilfe" heißt, Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft</p>																																																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">ja</td> <td style="padding: 0 10px;">ja, aber nur mit Mühe</td> <td style="padding: 0 10px;">nein oder nur mit fremder Hilfe</td> </tr> </table>	ja	ja, aber nur mit Mühe	nein oder nur mit fremder Hilfe																																													
ja	ja, aber nur mit Mühe	nein oder nur mit fremder Hilfe																																															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														

Quelle: FFbH-R

Beeinträchtigungen

24

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit.

Dabei bedeuten: 0 = keine Beeinträchtigung bzw. kann Belastungen gut ertragen, 10 = keine Aktivität mehr möglich bzw. kann Belastungen nicht mehr ertragen.

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Erledigungen außerhalb des Hauses** (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen** (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Erholung und Freizeit** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **enge persönliche Beziehungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Aktivität mehr möglich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Stress und außergewöhnliche Belastungen** (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

kann Belastungen gut ertragen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	kann Belastungen nicht mehr ertragen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reha-Erwartungen und Reha-Ziele

25	<p>Wir haben Sie vor der Maßnahme nach Ihren Erwartungen an die Rehabilitation gefragt. Wir möchten heute von Ihnen wissen, welche dieser Erwartungen eingetreten bzw. erfüllt worden sind. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen der Reihe nach durch und kreuzen Sie <u>bei jeder Aussage an</u>, in welchem Maße Sie den genannten Erwartungen tatsächlich eingetreten sind.</p>																																								
	stimmt genau stimmt eher stimmt eher nicht stimmt über- haupt nicht																																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich musste mich eine Zeit lang um nichts kümmern.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich habe mich erholt.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich habe gelernt, gesünder zu leben.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich konnte meine Leistungsfähigkeit erhöhen.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich konnte beruflichen Stress abbauen.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich habe gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Ich habe meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt bekommen.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Man hat mir bei einer Rentenantragstellung geholfen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ich musste mich eine Zeit lang um nichts kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe mich erholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe gelernt, gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich konnte meine Leistungsfähigkeit erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich konnte beruflichen Stress abbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Man hat mir bei einer Rentenantragstellung geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste mich eine Zeit lang um nichts kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich habe mich erholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich habe gelernt, gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich konnte meine Leistungsfähigkeit erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich konnte beruflichen Stress abbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich habe gelernt, mir mehr Freizeit zu nehmen und sie für mich zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ich habe meine verminderte Leistungsfähigkeit bestätigt bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Man hat mir bei einer Rentenantragstellung geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

Gesamteindruck

26	<p>Wie würden Sie Ihren Aufenthalt insgesamt bewerten?</p>										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">schlecht</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">mittelmäßig</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">gut</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">sehr gut</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">ausgezeichnet</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

27	<p>Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung?</p>										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">schlecht</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">mittelmäßig</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">gut</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">sehr gut</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">ausgezeichnet</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

28	<p>Würden Sie dieses Rehabilitationsprogramm bzw. dieses Haus Ihrer Familie oder Freunden bei Bedarf weiterempfehlen?</p>
	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Zum Fragebogen

29	<p>Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder zusammen mit einer anderen Person?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt. <input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen teilweise oder ganz zusammen mit einer anderen Person ausgefüllt.</p>
	<p>Haben Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Ich habe Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt. <input type="checkbox"/> Ich konnte den Fragebogen ohne Hilfe ausfüllen.</p>

Haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!
Bitte gehen Sie die Fragen noch einmal durch und prüfen Sie, ob Sie alle
Fragen beantwortet haben!



ID-Nr.: _____

Fragebogen zur Rehabilitation

Vier Monate nach der Maßnahme

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen vier Monate nach der Rehabilitation möchten wir von Ihnen erfahren, was die Rehabilitation und die anschließenden Nachsorgemaßnahmen gesundheitlich bei Ihnen bewirkt haben.

Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch und beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen setzen oder die Antwort an die durch einen Strich _____ bezeichnete Stelle schreiben. Streichen Sie ein versehentlich falsch gesetztes Kreuz deutlich durch und kreuzen Sie dann das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage.

Wir bitten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit. Dadurch helfen Sie uns, zur Qualitätssicherung von Rehabilitationsmaßnahmen und -kliniken beizutragen!

Ausfülldatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Gesundheitszustand, Schmerzen und Beschwerden

1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?				
	sehr gut	gut	zufrieden stellend	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Bitte beantworten Sie, wie stark Sie unter folgenden Beeinträchtigungen leiden.					
		stark	ziemlich	mäßig	ein wenig	gar nicht
	Merkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunikationsstörungen (z.B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme beim Sprechen (Aussprache, Wortfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehstörungen (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	krankhafte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Im Folgenden sind verschiedene Arten von Schmerzen aufgeführt. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob und wie stark Sie diese innerhalb der letzten 7 Tage verspürten.					
		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	Schmerzen im Gesicht, in den Kaumuskeln, im Kiefergelenk oder im Ohrbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in Oberarmen, Ellenbogen oder Unterarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Fingern oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Bauch oder im Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen im Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Oberschenkeln, Knien oder Unterschenkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen in den Füßen und Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Schmerzen, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Sie finden in dieser Liste eine Reihe von körperlichen Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.					
		überhaupt nicht	ein we- nig	ziemlich	stark	sehr stark
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	das Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: SCL-90R (Somatisierung)

Gedanken über Gesundheitsbeschwerden

5	Wir führen ständig ein inneres Zwiegespräch mit uns selbst. Auch wenn wir gesundheitlich beeinträchtigt sind, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf. Im Folgenden finden Sie typische Gedanken von Menschen, die gesundheitliche Beschwerden haben. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihnen diese Gedanken durch den Kopf gehen, wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben.					
		Das denke ich				
		fast nie				fast immer
	Diese Beschwerden halte ich nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egal, was ich auch tue, ich kann doch nichts mehr ändern an meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich muss schnell ein Medikament nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das hört ja nie mehr auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wird es wieder schlimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Beschwerden machen mich fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diese Beschwerden machen mich noch verrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle: FSS-Cat

Weitere Erkrankungen

6	<p>Neben der akuten neurologischen Erkrankung haben Sie möglicherweise noch weitere Erkrankungen. Die folgende Liste enthält verbreitete Gesundheitsprobleme.</p> <p>Wurde die Krankheit jemals bei Ihnen ärztlich festgestellt?</p>		
		Nein	Ja
	Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina Pectoris, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bronchialasthma, allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronische Bronchitis, Lungenemphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erhöhte Blutfette, z.B. Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine, Nierenbeckenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthrose (Gelenkverschleiß z.B. an Hüft- oder Kniegelenken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entzündliche Gelenkerkrankungen (z.B. chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krebserkrankungen (bösartige Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Depression (Schwermut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere psychische Erkrankungen (Angstzustände, Psychosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Erkrankungen, die bisher nichtgenannt wurden:		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimmung und Vitalität

7	<p>Wie oft waren Sie in den vergangenen 7 Tagen</p>						
		immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
	voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alltagstätigkeiten

8	<p>Bei den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie <u>im Moment</u> (wir meinen mit Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.</p> <p>"ja" heißt, Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen "ja, aber nur mit Mühe" heißt, Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen "nein oder nur mit fremder Hilfe" heißt, Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft</p>			
		ja	ja, aber nur mit Mühe	nein oder nur mit fremder Hilfe
	Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: FFbH-R

Beeinträchtigungen

9 Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit.

*Dabei bedeuten: 0 = keine Beeinträchtigung bzw. kann Belastungen gut ertragen,
10 = keine Aktivität mehr möglich bzw. kann Belastungen nicht mehr ertragen.*

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **Erledigungen außerhalb des Hauses** (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen** (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **Erholung und Freizeit** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **enge persönliche Beziehungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Aktivität mehr möglich

- **Stress und außergewöhnliche Belastungen** (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
kann Belastungen gut ertragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann Belastungen nicht mehr ertragen

Alltag und Beruf


10	<p>Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit in den vergangenen 4 Wochen in den Bereichen Alltag und Freizeit?</p> <p style="text-align: center;"><i>Ist sie sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die „0“ an. Ist sie sehr gut gewesen, kreuzen Sie die „10“ an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.</i></p>	
<p>• Alltagstätigkeiten</p>		
 		
sehr schlecht	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	sehr gut
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>• Freizeit</p>		
 		
sehr schlecht	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	sehr gut
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

11	<p>Sind Sie noch berufstätig?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 16!)</p> <p>ja <input type="checkbox"/> (Gültig auch, wenn z.B. arbeitslos gemeldet oder zurzeit krankgeschrieben!)</p>
-----------	--

12	<p>Wie beurteilen Sie Ihre Leistungsfähigkeit in den vergangenen 4 Wochen im Bereich Beruf?</p> <p style="text-align: center;"><i>Ist sie sehr schlecht gewesen, kreuzen Sie die „0“ an. Ist sie sehr gut gewesen, kreuzen Sie die „10“ an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen.</i></p>	
<p>Meine Leistungsfähigkeit war</p>		
 		
sehr schlecht	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	sehr gut
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

13	<p>Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken,</p>
ja nein	
Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>


14 An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 4 Monaten wegen Ihrer aktuellen Beschwerden krankgeschrieben?

krankgeschrieben nein ja → an  _____ Tagen krankgeschrieben

15 Hat sich seit der Reha-Maßnahme etwas an Ihrer beruflichen Situation verändert?
Sie können mehrere Angaben ankreuzen.


keine Veränderungen <input type="checkbox"/>	Ich habe meinen Arbeitsplatz verloren. <input type="checkbox"/>
Ich arbeite mit neuen Arbeitsaufgaben bei meinem alten Arbeitgeber. <input type="checkbox"/>	Ich habe meine Arbeit aufgegeben. <input type="checkbox"/>
Ich habe den Arbeitgeber gewechselt. <input type="checkbox"/>	Ich habe einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EU-/BU-Rente) gestellt. <input type="checkbox"/>
Meine Arbeitszeit wurde verkürzt. <input type="checkbox"/>	Mir wurde eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EU-/BU-Rente) bewilligt. <input type="checkbox"/>
Ich habe jetzt eine Arbeit, die meiner eingeschränkten Erwerbsfähigkeit angepasst ist. <input type="checkbox"/>	Ich bin im (Vor-)Ruhestand. <input type="checkbox"/>
Ich habe eine Umschulung begonnen. <input type="checkbox"/>	anderes <input type="checkbox"/>

16 An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 4 Monaten nach der Reha-Maßnahme wegen Ihrer Erkrankung so eingeschränkt, dass Sie Ihre üblichen Alltagstätigkeiten nicht ausführen konnten?

eingeschränkt nein ja → an  _____ Tagen eingeschränkt

Lebensgewohnheiten

17 Rauchen Sie?

nein ja →  _____ Zigaretten am Tag

18 Wie oft betätigen Sie sich körperlich (z.B. Spaziergehen, Fahrradfahren, Schwimmen oder Sport)?

nie	1 mal pro Monat oder seltener	2-3 mal pro Monat	1 mal pro Woche	mehrmals pro Woche	(fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Person

19 Sind Sie ...	20 Wann wurden Sie geboren?
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

21 Wie viel wiegen Sie?
<input style="width: 100px;" type="text"/> kg

22 Wie ist Ihre Wohnsituation? <i>(Sie können mehrere Antworten ankreuzen!)</i>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Haus <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Seniorenheim <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Etagenwohnung <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fahrstuhl vorhanden? <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">anderes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Haben Sie Treppenstufen zu bewältigen? <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"> <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/> </td> </tr> </table>	Haus <input type="checkbox"/>	Seniorenheim <input type="checkbox"/>	Etagenwohnung <input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>	Fahrstuhl vorhanden? <input type="checkbox"/>	anderes <input type="checkbox"/>	Haben Sie Treppenstufen zu bewältigen? <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>
Haus <input type="checkbox"/>	Seniorenheim <input type="checkbox"/>							
Etagenwohnung <input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>							
Fahrstuhl vorhanden? <input type="checkbox"/>	anderes <input type="checkbox"/>							
Haben Sie Treppenstufen zu bewältigen? <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>							

23 Wie bewegen Sie sich im Allgemeinen im Alltag fort? <i>Sie können mehrere Antworten ankreuzen!</i>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">frei zu Fuß <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">im Rollstuhl <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">mit Gehilfen <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">vorwiegend mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hand- bzw. Gehstock <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">vorwiegend mit dem Auto (Selbstfahrer) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">mit Hilfe eines Rollators <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">anderes: <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/></td> </tr> </table>	frei zu Fuß <input type="checkbox"/>	im Rollstuhl <input type="checkbox"/>	mit Gehilfen <input type="checkbox"/>	vorwiegend mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/>	Hand- bzw. Gehstock <input type="checkbox"/>	vorwiegend mit dem Auto (Selbstfahrer) <input type="checkbox"/>	mit Hilfe eines Rollators <input type="checkbox"/>	anderes: <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>
frei zu Fuß <input type="checkbox"/>	im Rollstuhl <input type="checkbox"/>							
mit Gehilfen <input type="checkbox"/>	vorwiegend mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/>							
Hand- bzw. Gehstock <input type="checkbox"/>	vorwiegend mit dem Auto (Selbstfahrer) <input type="checkbox"/>							
mit Hilfe eines Rollators <input type="checkbox"/>	anderes: <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>							

24 Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?	nein..... <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>
Welcher Behinderungsgrad wurde Ihnen zuerkannt?	<input style="width: 100px;" type="text"/> %

Reha-Nachsorge

25	Wurden Ihnen Nachsorgemaßnahmen empfohlen?
<input type="checkbox"/> nein → (weiter mit Frage 29!)	
<input type="checkbox"/> ja	
Welche Maßnahmen wurden Ihnen empfohlen?	
Logopädie <input type="checkbox"/>	Krankengymnastik <input type="checkbox"/>
Sprachtherapie <input type="checkbox"/>	Ergotherapie <input type="checkbox"/>
IRENA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anderes: _____
MTT - Medizinische Trainingstherapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anderes: _____

26	Welche Maßnahmen konnten Sie im Rahmen der Nachsorge wahrnehmen und ungefähr wie oft insgesamt in den letzten 4 Monaten daran teilnehmen?	
Machen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort und zählen Sie ggf. die Hausbesuche der Therapeuten mit! Sie können mehrere Kreuze setzen oder auch keines!		
	Ja, aufgesucht	Anzahl der Termine
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
MTT: Medizinische Trainingstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
IRENA	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Krankengymnastik einzeln	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Krankengymnastik Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Andere Bewegungstherapien	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Gehtraining	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Bewegungsbäder	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
andere Maßnahme und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal
andere Maßnahme und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mal

Zum Fragebogen

31	Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt oder zusammen mit einer anderen Person?
<input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.	<input type="checkbox"/> Ich habe den Fragebogen teilweise oder ganz zusammen mit einer anderen Person ausgefüllt.
Haben Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt?	
<input type="checkbox"/> Ich habe Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt.	<input type="checkbox"/> Ich konnte den Fragebogen ohne Hilfe ausfüllen.

Haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte gehen Sie die Fragen noch einmal durch und prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

9 Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

im Hause

nachrichtlich:

Herrn Prof. Dr. Katalinic
Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck

Stellv. Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann

Tel.: +49 451 500 4639

Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 15-024

Datum: 12. März 2015

Sitzung der Ethik-Kommission am 05. März 2015

Antragsteller: Frau PD Dr. Deck

Titel: Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D

Sehr geehrte Frau Dr. Deck,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.

Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich

Ihr

Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)

Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)

Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)

Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)

Frau A. Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)

Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)

Frau Dr. Jauch-Kara
(Psychiatrie)

Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)

Herr Prof. Moser
(Neurologie)

Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)

Herr H. Schneider
(Vizepräsident am Landgericht Lübeck)

Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)

Herr Prof. Dr. Schwaninger
(Pharmakologie)

Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)

Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)

Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

10 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Soz. Ruth Deck für die hervorragende Betreuung meiner Dissertation. Jederzeit konnte ich sie um Ratschläge bitten und ihre zahlreichen konstruktiven Anregungen waren für mich ein wichtiger Stützweiler während der Ausarbeitung dieser Dissertation. Ihre Unterstützung weiß ich sehr zu schätzen.

Ich möchte mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. med. Alexander Katalinic für die Möglichkeit der Promotion am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie bedanken.

Weiter möchte ich Marie-Luise Bussmann für die Betreuung während der Datenerhebung danken. Sie hat mich an das Datenprogramm SPSS herangeführt und mir wichtige Hinweise gegeben.

Besonders danken möchte ich auch meiner Familie und meinem Partner für die stetige Begleitung und Unterstützung. Meinen Eltern bin ich zudem überaus dankbar, dass sie mir das Medizinstudium ermöglicht haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Rehabilitanden bedanken, welche an der Studie teilgenommen haben, sowie bei allen Rehabilitations-Einrichtungen für die kooperative Zusammenarbeit.

11 Lebenslauf und Publikation

Persönliche Daten

Name, Vorname	Jung, Svenja Viktoria
Geburtsdatum/-ort	09.10.1995/Frankfurt a.M.
Staatsangehörigkeit	Deutsch



Dissertation

03.2018	Publikation Bussmann M-L, Neunzig H-P, Gerber J, Steinmetz J, Jung S, Deck R. Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D. Aktuelle Neurol. März 2018;45(2):107–16.
2018+2019	Teilnahme institutsinternen Doktorandentagen
2018	Teilnahme am institutsinternen Promotionskolleg
Seit 03. 2017	Doktorandin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des UKSH in Lübeck , Forschungsbereich Rehabilitation bei Prof. Dr. phil. Dipl.-Soz. Ruth Deck

Erwerbstätigkeit

Ab 01.06.2021	Angestellte Assistenzärztin im Regio Klinikum Pinneberg, Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie
21.01.- 30.06.2021	Corona-Impfärztin , Impfzentrum Prisdorf Schleswig-Holstein

Studium

23.11.2020	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
06.-10.2020	Westküstenklinikum Heide Drittes Tertial PJ – Anästhesie: Prof. Dr. von Spiegel
03.-06.2020	Asklepios Klinikum St.Georg, Hamburg Zweites Tertial PJ – Chirurgie
11.2019-03.2020	Sana Klinikum Lübeck Erstes Tertial PJ – Innere: PD Dr. Bahr
10.2019	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
09.2016	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Seit 20.10.2014	Universität zu Lübeck, Humanmedizin

Weitere Tätigkeiten

01.2018-02.2020	Notfallmedizin-HiWi der Klinik für Anästhesiologie am UKSH
2016-2019	Ehrenamtliche Mitarbeit in der Teddy-Klinik der Uni Lübeck
Seit 2010	Ehrenamtliche Mitarbeit im ASB
2012-2014	Leitung des Schulsanitätsdienstes
11.2013	Teilnahme an der Katastrophenschutz-Übung 2013 in Hamburg
Schuljahr 2013/2014	Vertretung der Schule im Kreisschülerrat

Zusätzliche Qualifikationen

07.2017	SPSS-Grundlagen-Kurs (6 Stunden)
05.2017	Lübecker Toolbox
Fremdsprachen	Englisch: fließend in Schrift und Sprache