

**Ringvorlesung „Rehabilitation“  
am 17.11.2010 in Halle**

---



**Nachsorge in der medizinischen Reha:  
Welche Erfolgsfaktoren lassen sich erkennen?**

**Gundula Ernst, Medizinische Hochschule Hannover**

## Hintergrund

---

- **Lebensstiländerung und Krankheitsbewältigung bei chronischen Krankheiten dauern lange, brauchen Unterstützung und regelmäßige Erinnerungen**
- **3 Wochen Rehabilitation reichen oft nicht aus, um die eingeleiteten Veränderungen dauerhaft in den Alltag zu integrieren (Haaf 2005; Hüppe & Raspe 2005)**
- **Lösungsversuche:  
u.a. Flexibilisierung der Reha, Zielorientierung, Nachsorge**

## ***Nachsorgesituation in Deutschland***

---

**„Vorbereitung auf die Zeit danach“ liegt bei Rehabilitandenbefragung auf vorletztem Platz (DRV 2009)**

- **Kein standardisiertes Vorgehen bei der Nachsorge.**
- **Ein konkretes Einleiten von Maßnahmen erfolgt selten, deren Nachkontrolle nie. Knapp 25% der Patienten erhalten Hilfen für Aktivitäten nach der Reha.**
- **30% empfinden die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha als gut. Patienten, die sich nicht ausreichend vorbereitet fühlen, schneiden in allen Outcome-Parametern signifikant schlechter ab.**

*nach Deck et al. 2009*

# ***Merkmale von Nachsorgeaktivitäten***

---

- **institutionell vs. eigeninitiativ**  
(Hausarzt, Rehaberater vs. Patient)
- **Patientenbestimmt vs. extern festgelegt**  
(individuelle Ziel vs. standardisierte Vorgabe)
- **spezifisch vs. global**  
(Teilaspekt vs. Gesundheit allgemein)
- **einmalig vs. kontinuierlich**  
(Beratung, Booster session vs. Hausarzt, Sportgruppe, Selbsthilfe)
- **direkter Kontakt vs. via Medium**  
(Face to face vs. Telefon, Brief, Internet, SMS)

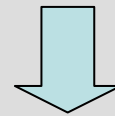
## Methoden

---

**Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, PubMed, EBMR, Cochrane, PsycINFO**

(Rehabilitation AND aftercare/booster/follow up/refresher/telephone Intervallrehabilitation/Nachsorge/fraktioniert)

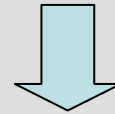
**& händische Suche in den wesentlichen dt. Reha-Zeitschriften**



N= über 1.400 Treffer (Begriffe in Überschrift)

**Einschlusskriterien:**

- abgeschlossene Studie der letzten 10 Jahre
- medizinische Rehabilitation, nicht Psychosomatik & Sucht
- gute methodische Qualität (RCT oder vergleichbares Design)



**11 Studien zzgl. 2, bei denen Kriterien weitgehend erfüllt sind, und 2 teilweise erfüllt**

Autor	Bereich	Maßnahme	Ergebnisse
Bönisch et al. 2010	Kardiologie/Bewegung	Standard vs. 5 Telefonate vs. 5 Briefe	Keine Effekte
Ehlebracht-König et al. 2009	Rheuma	4 Wochen Reha initial vs. 3+1 stat. Rehawoche 6 Mo. später	Keine Effekte
Ernst & Hübner 2010	Diabetes T2	Zusatzwoche nach 6 Mo. und 6 Telefonate	Effekte bei psychosoz. Maßen
Flöter & Kröger 2009 *	Rauchen bei Müttern	Standard vs. strukturierte vs. nondirektive Telefonate	nur strukturierte Telefonate haben Effekte
Keck et al. 2009	Kardiologie	Standard vs. 3 Telefonkontakte vs. 2 Telefonate & 1 Tag nach 6 Mo.	Effekte bei subj. Gesundh. & Teilnahme an Herzgruppen
Kohlmeyer et al. 2008	Kardiologie	Regelmäßige Telefonkontakte und Zusatztag nach 6 Mo.	Effekte u.a bei Erwerbsfähigkeit und QoL
Mangels et al. 2009	Rückenschmerz	Standard vs. Multidisz. Programm vs. Multidisz. & 7 Telefonate	Keine zusätzlichen Effekte durch Nachsorge
Metz et al. 2007*	Rauchen	5 Telefonkontakte bis 10 Wochen danach	höhere Abstinenzraten dauerhaft bei ♂
Mittag & China 2006	Kardiologie	monatliche telefonische Kontakte vs. schriftliche Info	Effekte auf Koronarrisiko bei ♂ und Befindlichkeit bei ♀
Rau et al. 2009	Onkologie/Bewegung	3 motivierende vs. 3 unspezifische Telefonate	Keine Effekte
Scholz & Sniehotta 2006	Kardiologie/Bewegung	Zielplanungsgespräch in Reha & 6 Kurzfragebogen	Effekte bei Zielparameter körp. Aktivität
Schulte et al. 2003	Adipositas	Standard vs. 2 Zusatzwochen nach 1 Jahr vs. Zusatz & Kontakte alle 3 Mo.	Keine nachhaltigen Effekte, Einschränkung durch Selektion
Tripp et al. 2010	Onkologie	4-6 Telefonate	Keine Effekte

\* Es werden nicht alle Einschlusskriterien erfüllt

## ***Welche Faktoren scheinen erfolgversprechend?***

---

### **Merkmale während der Rehabilitation:**

- **Konkrete Zielplanung und -vereinbarung für die Zeit danach hilft bei Motivation und Umsetzung**
- **Individualität bei Zielen und Lösungswegen berücksichtigen**
- **Konzentration auf umgrenzten Verhaltensbereich und dessen Stabilisierung einfacher zu bearbeiten**
- **Einbezug des Alltags durch Partner, Angebote am Wohnort, Antizipation von Rückschlägen etc.**

*Vgl. Glattacker et a. 2008*

# Welche Faktoren scheinen erfolgversprechend?

---

## Merkmale von Nachbetreuungsangeboten:

- **Persönlicher Kontakt vermutlich am wirksamsten** (Rieber et al. 2010)
- **Wahl der Medien abhängig vom Klientel** (Theissing & Deck 2009)
- **Art der Gesprächsführung uneindeutig** (Flöter et al. 2009, Rau et al. 2009)
- **Je länger die Begleitung, desto erfolgreicher** (Coberley et al. 2007)

## Merkmale von Personen:

- **Art der Erkrankung**
- **Sozialprognose** (Deck et al. 2009, Niemeyer et al. 2009) & **soz. Unterstützung**
- **Geschlecht** (Döbler & Mittag 2008, Ernst & Hübner 2010, Mermelstein et al. 2003, Metz et al. 2007, Mittag & China 2006)

## ***Welche Faktoren hindern Patienten an der Umsetzung?***

---

- **Überlastung beruflich und privat/Zeitmangel**
- **Organisatorische Probleme (wenig Angebote, lange Anfahrt etc.)**
- **Zu teuer**
- **Körperliches Befinden**
- **Motivation**
- **Lebensfreude/ anderes ist wichtiger**
- **Überforderung und fehlende Unterstützung durch Arzt**
- **Keine Aufsicht/Ängste**
- **...**

*nach Gerdes et al. 2005, Höder & Deck 2007*

# Zusammenfassung

---

**Nachsorge muss**

- **individuell,**
- **handlungsorientiert und**
- **längerfristig erfolgen.**

**Sie sollte nicht so sehr bei der Motivation, sondern bei der **Umsetzungskompetenz** ansetzen.**

# Ausblick

---

- **standardmäßige Verankerung von „nachsorgendem Denken und Handeln“ im Reha-Alltag**
- **Übernahme von Nachbetreuungsangeboten in die Regelversorgung**
- **systematische Untersuchungen, wer von welchen Maßnahmen profitiert**

---

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**



**[ernst.gundula@mh-hannover.de](mailto:ernst.gundula@mh-hannover.de)**

# Literatur

---

- Deck R, Hüppe A & Arlt AC. Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden. *Rehabilitation* 2009; 48: 39-46
- Deck R, Richter S, Hüppe A. Der ältere Patient in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48: 326-334
- Döbler A & Mittag O. Erwartungen und Wünsche von Typ-2-DiabetespatientInnen an eine (telefonische) Nachsorge. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2008; 82: 301-306
- Ehlebracht-König I, Bönisch A & Pönicke J. Fraktionierte Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. *Rehabilitation* 2009, 48: 30-38
- Ernst G & Hübner P (2010). Welche Effekte hat eine Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus? In: DRV, Hg. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften.
- Flöter S & Kröger C. Wirksamkeit telefonischer Nachsorge im Anschluss an ein Tabakentwöhnungsprogramm für Frauen in stationärer Rehabilitation. *Dtsch Med Wochenschrift* 2009; 134: 2382-2387
- Gerdes N, Bührlen, B, Lichtenberg, L & Jäckel, WH (2005): Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung. Roderer Verlag: Regensburg.
- Glattacker M, Dudeck A, Gustke M, Dibbelt S, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B & Pollmann H. Zielvereinbarungen in der Rehabilitation von Patienten mit Diabetes. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2008; 82: 282-290
- Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2005, 44: 259-276 Höder J, Deck R (2008): Nachsorge - Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. In: Deck R, Glaser-Möller N & Remé T: *Rehabilitation und Wiedereingliederung*. Hans Jacobs, S. 97-126.
- Hüppe A & Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation* 2005, 44: 24-33
- Keck (2009). Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie deren relevanten Reha-Outcomes mittels Telefonnachsorge. In: DRV, Hg. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, 83, 357-358
- Kohlmeyer M et al. (2008). Nachhaltigkeit in der Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch AHB und anschließender Konzeptintegrierter Nachsorge. In: DRV, Hg. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, 77, 404-405

# Literatur

---

- Mangels M, Schwarz S, Worringen U, Holme M, Rief W. Evaluation of a Behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a RCT. Clin J Pain 2009; 25(5): 356-364
- Mermelstein RJ, Hedeker D, Wong SC. Extended telephone counseling for smoking cessation. J Consulting Clin Psychol 2003; 71: 565-574
- Metz K, Flöter S, Kröger C, Donath C, Piontek D, Gradl S. Telephone booster sessions for optimizing smoking cessation for patients in rehabilitation centers. Nicotine Tob Res 2007;9(8): 853-863
- Mittag O, China C. Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without follow-up intervention rendered by telephone. International Journal of Rehabilitation Research 2006; 29: 295-302.
- Niemeyer C, Schaidhammer M, Greitermann B et al. (2009). Ambulante Folgeleistungen. In: DRV, Hg. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, 83, 34-36 Nord-Rüdiger D. Metabolisches Syndrom und Rehabilitation: Gibt es vorzeigbare Langzeitergebnisse aus psychologischer Sicht. Ernährungsmedizin 2002; 40: S15-S17
- Rau J, Teichmann J & Petermann F. (2009). Motivation zu sportlicher Aktivität bei onkologischen Patienten nach der Reha-Maßnahme - Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudie. Psychotherapie Psychosomatik Psych Med, 59: 300-306
- Rieber N, Hilbert A, Teufel M, Giel K, Warschburger P, Zipfel S. Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion. Adipositas 2010;4:115-124
- Schulte R, Jolivet B, Niemeyer B. Lässt sich der Rehabilitationserfolg durch Booster-Schulungen stabilisieren? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003; 64: 396-403
- Van Egmond-Fröhlich A, Bräuer W, Goldschmidt H, Hoff-Emden H, Oepen J, Zimmermann E. Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogramms nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas – Multizentrische RCT. Rehabilitation 2006; 45: 40-51
- Scholz U & Sniehotta F. Langzeiteffekte einer Planungs- und Handlungskontrollintervention auf die körperliche Aktivität von Herzpatienten nach der Rehabilitation. Zt. Für Gesundheitspsychologie 2006; 14: 73-81.
- Theissing J, Deck R (2009). Reha-Nachsorge per Internet. In: DRV, Hg. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften, 83, 44-46.