

BACHELORARBEIT II

Titel der Bachelorarbeit

Fragebogenerhebung bezüglich Ursachen mehrfacher
Rehabilitationsaufenthalte von Personen mit
Lifestyle-Erkrankungen

Verfasser

Kerstin Prock

Angestrebter Akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 2020

Studiengang:

Studiengang Physiotherapie

Jahrgang

PT 17

Betreuerin:

Romana Bichler, PT MAS

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Bachelorarbeitsthema habe ich bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

I. Abstract

Einleitung: Lifestyle-Erkrankungen sind Zivilisationserkrankungen, die durch einen ungesunden Lebensstil hervorgerufen werden, wie beispielsweise ungesunde Ernährung, körperliche Inaktivität, rauchen sowie schädlicher Alkoholkonsum (Harth & Hillert, 2007). Durch Rehabilitationen werden Behinderungen verhindert oder verringert und Funktionsfähigkeiten gesteigert oder erhalten (*WHO / Non communicable diseases*, 2018). Somit ist eine strukturierte Nachsorge essenziell, um die positiven Effekte einer medizinischen Rehabilitation zu festigen (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018). Diese Effekte sind unmittelbar nach der Reha-Maßnahme von Erfolg gekrönt, langfristig nehmen diese Erfolge jedoch stark ab. Die Gründe dafür werden vor allem in der Angst vor Fehlern, in fehlender Motivation oder bei beruflichen Anforderungen gesehen (Deck & Theissing, 2016). Für die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation sind vor allem die Bereitschaft, einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu erlernen und ein gesunder Umgang mit Stress unerlässlich (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018).

Methodik: Für die Erhebung wurde ein selbstentworfener Fragebogen eingesetzt. Dieser beinhaltete Fragen mit einer oder mehreren Antwortmöglichkeiten sowie meist ein offenes Antwortfeld. Für die Erhebung wurden Rehabilitand/inn/en der Sonderkrankenanstalt Alland herangezogen, da viele den Einschlusskriterien entsprachen. Insgesamt wurden 19 Fragebögen ausgefüllt retourniert von denen elf für die Auswertung verarbeitet werden konnten.

Ergebnisse: Die elf Teilnehmer/innen waren durchschnittlich 58,73 Jahre mit Hauptdiagnose Diabetes Mellitus Typ 2. Diese hatten im Mittel bereits 2,27 Rehabilitationen mit ihrer Hauptdiagnose absolviert, von denen 73% Maßnahmen Kochrezepte, ein Heimübungsprogramm oder Vorschläge für sportliche Aktivitäten erhalten haben. Als Hauptgrund für eine erschwerete Durchführung im Alltag wurde fehlende Motivation angegeben.

Schlussfolgerung: Die Mehrheit der Proband/inn/en haben gesundheitsfördernde Maßnahmen bei der vorangegangenen Rehabilitation erhalten. Diese wurden über einige Wochen, länger als ein halbes Jahr oder auch „bis zur derzeitigen Rehabilitation“ durchgeführt, jedoch ohne eindeutige Antworttendenz. Als Gründe für die derzeitige Rehabilitation gaben die Teilnehmer/innen unter anderem Wissen auffrischen, gesünder ernähren und mehr Bewegung an.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Stoffwechselkrankheiten, gesundheitsfördernde Maßnahmen

I. Abstract

Introduction: Lifestyle diseases are diseases of civilisation caused by an unhealthy lifestyle, such as unhealthy nutrition, physical inactivity, smoking and harmful alcohol consumption (Harth & Hillert, 2007). Rehabilitation prevents or reduces disabilities and increases or maintains functional abilities (WHO | Non communicable diseases, 2018). Thus, structured aftercare is essential to consolidate the positive effects of medical rehabilitation (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018). These effects are crowned with success immediately after the rehabilitation measure, but in the long run these successes decrease strongly. The reasons for this are mainly seen in the fear of making mistakes, lack of motivation or professional demands (Deck & Theissing, 2016). For the sustainability of rehabilitation, the willingness to learn a health-conscious lifestyle and a healthy approach to stress are essential (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018).

Methods: A self-designed questionnaire was used for the survey. It contained questions with one or more possible answers as well as an open field of answers. Rehabilitation patients of the Sonderkrankenanstalt Alland were used for the survey, as many of them met the inclusion criteria. A total of 19 completed questionnaires were returned, eleven of which could be processed for evaluation.

Results: The eleven participants were on average 58.73 years of age with the main diagnosis of diabetes mellitus type 2. 2.27 of them had already completed an average of 2.27 rehabilitations with their main diagnosis. 73% of them received recipes, a home exercise programme or suggestions for sports activities. Lack of motivation was cited as the main reason for the difficulty of carrying out these measures in everyday life.

Conclusion: The majority of the participants have received health-promoting measures during the previous rehabilitation. These were carried out over several weeks, for more than half a year or even "until the current rehabilitation", but without a clear tendency to respond. As reasons for the current rehabilitation, the participants gave, among other things, refreshing knowledge, healthier nutrition and more exercise.

Keywords: Rehabilitation, metabolic diseases, health-promoting measures

II. Inhaltsverzeichnis

I. Abstract.....	I
I. Abstract.....	II
II. Inhaltsverzeichnis	III
III. Abbildungsverzeichnis	V
IV. Tabellenverzeichnis	VI
V. Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Stoffwechselerkrankungen	1
1.1.1 Adipositas	2
1.1.2 Diabetes mellitus.....	3
1.1.3 Das metabolische Syndrom	5
1.2 Kardiovaskulär bedingte Krankheiten	6
1.2.1 Periphere arterielle Verschlusskrankheit.....	7
1.2.2 Arterielle Hypertonie.....	7
1.2.3 Koronare Herzerkrankung.....	8
1.3 Rehabilitation allgemein	8
1.3.1 Rehabilitation in Österreich	9
1.3.2 Stationäre Rehabilitation in Österreich.....	10
1.4 Problembeschreibung.....	12
1.5 Ziel und Vorannahme	12
2 Methodik	13
2.1 Studiendesign/ Studienablauf	13
2.1.1 Freies Antwortformat.....	13
2.1.2 Gebundene Antwortformate	13
2.1.3 Das dichotome Antwortformat.....	14
2.1.4 Ratingskalen	14
2.1.5 Multiple-Choice	15
2.1.6 Entscheidung des Antwortformates	16
2.2 Proband/inn/enrekrutierung	16
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
2.3 Ablauf der Erhebung.....	16

2.3.1	Auswertung der Daten	18
3	Ergebnisse	18
3.1	Demografische Daten	18
3.2	Ergebnisse der Erhebung	19
3.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	29
4	Diskussion	29
4.1	Limitation	33
5	Schlussfolgerungen und Ausblick	35
6	Literaturverzeichnis	37
A	Anhang	40

III. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der Einweisungen in stationäre Behandlung im Jahr 2017 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2018, S. 99)	10
Abb. 2 Unipolare Ratingskala (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S.59)	14
Abb. 3 Bipolare Ratingskala (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 59)	15
Abb. 4: Antworten Frage drei nach der Hauptdiagnose der laufenden Rehabilitation	20
Abb. 5: Antworten Frage vier nach bekannten Zusatzdiagnosen	21
Abb. 6: Antworten Frage fünf nach den Zielen der derzeitigen Rehabilitation.....	22
Abb. 7: Antworten Frage sieben nach den bisher absolvierten Rehabilitationen mit der Hauptdiagnose ohne der derzeit laufenden Rehabilitation	23
Abb. 8: Antworten Frage neun nach den erhaltenen Maßnahmen bei der letzten Rehabilitation.....	24
Abb. 9: Antworten Frage zehn nach den Maßnahmen, die in den Alltag integriert werden konnten	25
Abb. 10: Antworten Frage elf wie lange die Maßnahmen nach der Rehabilitation durchgeführt wurden.....	26
Abb. 11: Antworten Frage zwölf nach Gründen, die ein Integrieren der Maßnahmen in den Alltag erschwert oder verhindert haben	27
Abb. 12: Antworten Frage 13 nach Gründen, die Proband/inn/en für die derzeitige Rehabilitation angeben	28

IV. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anzahl und Alter der Proband/inn/en nach Geschlecht mit Angaben der Lebensjahre von Minimum und Maximum der Stichprobe sowie dem Mittelwert mit Standardabweichung..... 19

V. Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KHK	Koronare Herzerkrankung
SD	Standardabweichung
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Als Lifestyle-Krankheiten werden alle durch einen ungesunden Lebensstil hervorgerufenen Zivilisationserkrankungen genannt (Harth & Hillert, 2007). Laut World Health Organization (WHO) sind die sogenannten „nichtübertragbaren Krankheiten“ bzw. chronische Krankheiten das Ergebnis einer Kombination von genetischen, ökologischen und physiologischen Verhaltensfaktoren. Die Haupttypen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes. Jährlich sterben weltweit etwa 41 Millionen Menschen infolge dieser Krankheiten. Durch die Globalisierung ungesunder Lebensweisen sowie die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung nehmen diese Lifestyle-Erkrankungen weiter zu (WHO | *Non communicable diseases*, 2018). Als modifizierbare Verhaltensweisen zählen hierfür das Rauchen, körperliche Inaktivität, eine ungesunde Ernährung, ein schädlicher Alkoholkonsum sowie eine schlechte Hygiene, belastende Arbeitsbedingungen oder auch psychosoziale Störungen (Harth & Hillert, 2007; WHO | *Non communicable diseases*, 2018). Als metabolische Risikofaktoren zählen vor allen ein erhöhter Blutdruck, Übergewicht bzw. Adipositas, ein erhöhter Blutzucker sowie Hyperlipidämie (WHO | *Non communicable diseases*, 2018). Dadurch erlangt die Rehabilitation und Bewegungstherapie einen wachsenden Stellenwert (Schmidt, 2016). Laut WHO bedeutet eine Rehabilitation, eine Behinderung zu vermeiden oder zu verringern und bestehende Funktionsfähigkeiten zu steigern oder zu erhalten (WHO | *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001). Während und nach der Rehabilitation ist es wichtig, dass die Rehabilitand/inn/en eine strukturierte Nachsorge erhalten, damit sie die positiven Effekte der Rehabilitation festigen und den Transfer der Lebensstilveränderung in den Alltag bewältigen (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018). Jedoch sind diese positiven Effekte der Rehabilitation nur unmittelbar nach der Rehabilitation erfolgreich (Deck & Theissing, 2016). Gründe dafür werden in der fehlenden Motivation, der Angst vor Fehlern oder in beruflichen Anforderungen gesehen (Deck & Theissing, 2016).

Diese Arbeit beschäftigt sich daher mit Stoffwechsel- und Herzerkrankungen sowie der Rehabilitation in Österreich und geht der Frage nach, welche Gründe Personen mit mindestens der zweiten Rehabilitation angeben, warum sie erneut eine Rehabilitation absolvieren.

1.1 Stoffwechselerkrankungen

Nachstehend werden die Stoffwechselerkrankungen Adipositas, Diabetes mellitus und das metabolische Syndrom näher beschrieben.

1.1.1 Adipositas

Definition

Adipositas ist definiert als über das Normalmaß hinausgehende Ansammlung von Fettgewebe im Körper (Dorner, 2016). Eine Vermehrung der Fettmasse wird mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert (Bischoff, 2018). Adipositas ist eine chronische Gesundheitsstörung und wird in der „International Classification of Diseases“ auch als „Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit“ klassifiziert (Dorner, 2016; Munsch & Hilbert, 2015). Übergewicht wird definiert als das über den Normwert hinausgehende Steigerung des Körpergewichts. Klassifiziert und ermittelt werden Übergewicht und Adipositas mittels anthropometrischen Mitteln wie die Ermittlung des Body-Mass-Index, der Waist-to-Hip-Ratio und des Bauchumfangs sowie mittels apparativer Methoden (Dorner, 2016).

Grundlage für die Einteilung der Gewichtsklassifikation von Übergewicht ist der Body-Mass-Index (König, 2017a). Der Body-Mass-Index (BMI), ist ein Gewicht-Längen-Index und berechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körperlänge in Meter zum Quadrat (Wirth, 2015). Die BMI-Klassifikation eines Erwachsenen ist unabhängig von Alter und Geschlecht (Dorner, 2016). Laut WHO ist Untergewicht definiert als ein Wert unter 18,5kg/m² und Normalgewicht zwischen 18,5 - 24,9kg/m². Ein BMI zwischen 25 und 29,9kg/m² gilt bereits als übergewichtig, Adipositas Grad 1 liegt zwischen 30 und 34,9kg/m², Adipositas Grad 2 von 35 bis 39,5kg/m² und ab einem BMI über 40kg/m² wird von einem Adipositas Grad 3 gesprochen (*Body mass index*, 2019). Adipositas wird deshalb in verschiedene Grade unterschieden, denn mit steigendem BMI steigen auch die Risiken für Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Osteoarthritis oder erhöhte Mortalität (*Body mass index*, 2019; Munsch & Hilbert, 2015). Laut der österreichischen Erhebung der Statistik Austria aus dem Jahr 2014 sind 39,5% der männlichen Bevölkerung übergewichtig und 15,7% adipös und in der weiblichen Bevölkerung 25,8% übergewichtig und 13,1% adipös (*Body Mass Index*, 2014).

Übergewicht und Adipositas korrelieren mit einigen Faktoren, die teilweise auch als Ursachen angesehen werden. Diese sind vor allem biologische, psychologische und umweltbedingte Risikofaktoren wie genetische Ursachen, Lebensstil wie z.B. Bewegungsmangel, Stress, Schlafmangel, Ständige Verfügbarkeit von Nahrung, Essstörungen, familiäre Dispositionen sowie Depressive Erkrankungen oder Medikamente (Hauner et al., 2014).

Prävention und Therapie

Laut Hauner et. al. (2014) sind die langfristige Senkung des Körpergewichts mit Verbesserung der Adipositas-assoziierten Risikofaktoren sowie Reduktion der Adipositas-assoziierten Krankheiten, wie die Verminderung der vorzeitigen Mortalität, Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitiger Pensionierung sowie die Steigerung der Lebensqualität, das Ziel der Gewichtsreduktionstherapie (Hauner et al., 2014).

Im Folgenden werden auf einige Empfehlungen zur Bewegungstherapie von Hauner et. al. (2014) verwiesen:

- „Übergewicht und adipöse Menschen sollen ermutigt werden, sich mehr körperlich zu bewegen. Körperliche Aktivität soll neben der Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sein“ (Hauner et al., 2014, S. 204).
- „Menschen mit Übergewicht und Adipositas sollen dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern“ (Hauner et al., 2014, S. 204).
- „Übergewichtige und adipöse Menschen sollen auf die gesundheitlichen Vorteile (metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale) der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, die unabhängig von der Gewichtsreduktion entstehen“ (Hauner et al., 2014, S. 204).
- „Vermehrte körperliche Aktivität soll zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden“ (Hauner et al., 2014, S. 204).

1.1.2 Diabetes mellitus

Definition

Diabetes mellitus gibt eine Stoffwechselerkrankungen an, die eine Störung des Glukosestoffwechsels mit chronisch erhöhtem Blutzuckerspiegel durch eine unzureichende Insulinausschüttung oder einen absoluten Insulinmangel beschreibt (Piper, 2013). Diabetes mellitus wird in folgende 4 Klassifikationen unterteilt:

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes

- Spezielle Diabetesformen, die als Typ-3-Diabetes zusammengefasst werden (Schröder & Hamann, 2017).

Eine der häufigsten chronisch, internistischen Erkrankungen ist Diabetes mellitus Typ 2 (Schröder & Hamann, 2017). Neben einer genetischen Disposition ist Übergewicht bzw. Adipositas der wesentliche Faktor für die Entwicklung von Typ-2-Diabetes (Kulzer, 2015).

Die Zahl der an Diabetes mellitus erkrankten Menschen weltweit liegt bei etwa 366 Millionen, davon 53 Millionen in Europa (etwa 8%, davon mehrheitlich Typ-2-Diabetes). In Österreich sind es nach Schätzungen rund 573.000 bis 645.000 Menschen (etwa 8-9%), da geschätzt bis zu 215.000 nicht diagnostiziert sind (Bauer et al., 2013). Damit gehört Diabetes mellitus unter den Stoffwechselkrankheiten zu den häufigsten Krankheiten der Industrieländer (Warm et al., 2018).

Typ-1-Diabetes

Bei Diabetes mellitus Typ 1 kommt es durch eine progrediente Zerstörung der Betazellen zu einem Insulinmangel (Schröder & Hamann, 2017). Wenn 80% dieser Betazellmasse vernichtet sind, wird der Typ-1-Diabetes klinisch manifest. Durch das unterschiedliche Einsetzen dieser Zerstörung sowie die variable Geschwindigkeit können vom Beginn bis zur Manifestation der Krankheit Monate oder Jahre vergehen (Piper, 2013).

Die Prävalenz des Typ-1-Diabetes liegt vor allem in der Zeit des Pubertätseintritts, jedoch auch in der fünften Lebensdekade. Initialsymptome sind sehr abrupt beginnender, starker Durst mit entsprechend erhöhtem Urinausscheiden, Gewichtsabnahme, Müdigkeit und Kräfteverfall sowie im Verlauf entstehende Appetitlosigkeit (Piper, 2013).

Typ-2-Diabetes

Der Typ-2-Diabetes wird vor allem durch die Kombination einer Insulinsekretionsstörung, also einem relativen Insulinmangel, und einer Insulinresistenz, das heißt einer verminderten Insulinwirkung, verursacht. Hauptursachen für den Typ-2-Diabetes sind vor allem Übergewicht bzw. Adipositas, Bluthochdruck und ein metabolisches Syndrom, sowie eine damit verbundene hochkalorische, fettreiche Ernährung kombiniert mit einem Mangel an Bewegung (Bauer et al., 2013). Etwa 80% der Typ-2-Diabetiker/innen sind übergewichtig bzw. adipös (Kulzer, 2015).

Da der Typ-2-Diabetes meist jahrelang symptomlos bleiben kann, wird dieser überwiegend durch Zufall bei Vorsorgeuntersuchungen entdeckt. Beschwerden können jedoch Juckreiz, eitrige Entzündungen, Ischialgie, Sehstörungen oder Taubheiten sowie Gewichtsabnahme trotz gesteigerten Appetits sein (Piper, 2013).

Begleiterkrankungen wie Hyperglykämie, Bluthochdruck, Rauchen sowie Fettstoffwechselstörungen führen zu Veränderungen von kleineren und größeren Gefäßen. Diese können Komplikationen wie einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall auslösen. Die Blutzuckererhöhung ist vorwiegend für Erkrankungen der Augen, Nieren und Nerven verantwortlich. Depressionen werden doppelt so häufig bei Diabetikerinnen und Diabetikern diagnostiziert wie bei nichterkrankten Menschen. Diese führt zu einer zwei- bis dreifach höheren Mortalität. Die schwerwiegendste Folgeerkrankungen von Diabetes mellitus ist der diabetische Fuß, der auf die Folgeerkrankungen diabetische Neuropathie sowie die periphere arterielle Verschlusskrankheit zurückzuführen ist. Bis zu 25% aller Diabetiker/innen entwickeln eine ulzeröse Läsion, also einen Defekt der Haut, im Fußbereich welche die Hauptursache für nichttraumatische Amputationen darstellt (Bauer et al., 2013).

Schwangerschaftsdiabetes

Der Schwangerschaftsdiabetes oder Gestationsdiabetes wird als „abnorme Glukosetoleranz mit Hyperglykämie, die sich in der Schwangerschaft entwickelt und nach der Entbindung zurückbildet“ bezeichnet (Piper, 2013, S. 476). Etwa 90% der Mütter erreichen nach der Entbindung wieder eine normale Glukosetoleranz. Jedoch haben diese Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit, in späteren Jahren an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, der durch Adipositas begünstigt ist (Bauer et al., 2013; Piper, 2013). Eine schlechte Diabeteseinstellung stellt eine der häufigsten Schwangerschaftskomplikationen dar, deshalb sollte schon vor einer geplanten Schwangerschaft eine optimale Blutzuckerkontrolle erreicht werden (Piper, 2013).

Prävention und Therapie

Die wesentlichen Säulen der Behandlung stellen eine vermehrte körperliche Aktivität, eine Ernährungsumstellung sowie die medikamentöse Therapie dar. Durch eine gezielte Lebensstilveränderung können Medikamente eingespart und somit Nebenwirkungen verringert werden (Schröder & Hamann, 2017).

1.1.3 Das metabolische Syndrom

Definition

Das metabolische Syndrom ist das gemeinsame Auftreten verschiedener kardiovaskulärer Risikofaktoren, die 1988 erstmals von Gerald Reaven beschrieben wurden, welche er das „Syndrom X“ nannte. Dieses beinhaltete eine arterielle Hypertonie, eine Insulinresistenz,

ein niedriges HDL-Cholesterin sowie eine Hypertriglyceridämie. Das metabolische Syndrom erhielt verschiedene Namensgebungen, wobei „das tödliche Quartett“ das wohl bekannteste ist, da es auf die erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität hindeutet (König, 2017b).

Das metabolische Syndrom gehört zu den Wohlstandserkrankungen, die meist aus einer Kombination aus unausgewogener, hochkalorischer Ernährung und einem verminderter Kalorienumsatz aufgrund zu geringer körperlicher Aktivität bestehen. Diese Kombinationen tragen entscheidend dazu bei, dass Übergewicht und Adipositas enorme Dimensionen in Industrieländern angenommen haben. Mit steigerndem Alter nimmt auch die Prävalenz des metabolischen Syndroms zu. Dennoch weist ein hoher Anteil an übergewichtigen oder adipösen Menschen keine Entwicklung des metabolischen Syndroms auf (König, 2017b).

Prävention und Therapie

Beim metabolischen Syndrom sind vor allem die Steigerung der körperlichen Aktivität als auch die Veränderung der Essgewohnheiten wichtige Grundsteine der Prävention. Ziel der körperlichen Aktivität sollte vor allem eine Reduktion, im besten Fall auch eine Reversion des metabolischen Syndroms sein. So kann eine medikamentöse Therapie reduziert oder zumindest hinausgezögert werden (König, 2017b).

1.2 Kardiovaskulär bedingte Krankheiten

Kardiovaskuläre Erkrankungen werden laut WHO definiert als „Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße und umfasst koronare Herzerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, rheumatische Herzerkrankungen und andere Gegebenheiten“ (*WHO / Cardiovascular diseases*, 2019).

Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung sind ein erhöhter Bluthochdruck, erhöhte Blutzucker- und Fettwerte sowie Übergewicht und Adipositas. Die Identifizierung dieser Risikofaktoren sowie die Sicherstellung angemessener Behandlungen können die vorzeitige Mortalität verhindern (*WHO / Cardiovascular diseases*, 2019). Vor allem Ausdauertraining erzielt nach RCT-Studien einen deutlichen Effekt auf die meisten kardiovaskulären Risikofaktoren. Primär zeigten sich erhebliche Veränderungen des Blutdrucks, des HDL-Cholesterins sowie des Bauchumfanges. (König, 2017b)

1.2.1 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) oder Claudicatio intermittens ist eine arteriosklerotisch bedingte Krankheit (Falk et al., 2018). Eine Arteriosklerose bzw. Gefäßverkalkung ist das Versagen der Gefäßreaktion durch Ablagerungen an der Gefäßwand (Rosenhagen, 2017). Die periphere Verschlusslokalisierung liegt hauptsächlich in der unteren Extremität. Am häufigsten davon betroffen sind Männer, zusätzlich steigt die Prävalenz der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit mit zunehmendem Alter (Cetin & Baumgartner, 2004).

Die Claudicatio intermittens führt unter kontinuierlicher Gehbelastung zu zunehmenden Beinschmerzen, die die Betroffenen zum Anhalten zwingt, in kompletter Ruhe jedoch schnell wieder vergeht. Je nach Auswirkung des Arterienverschlusses können symptomatische Belastungs- oder Ruheschmerzen entstehen (Cetin & Baumgartner, 2004).

Prävention und Therapie

Der wichtigste Risikofaktor der PAVK ist das Rauchen von Zigaretten sowie Diabetes mellitus, Hypertonie und erhöhte Cholesterinwerten. Die Therapie ist folglich eine strikte Nikotinabstinenz kombiniert mit einer medikamentösen Therapie sowie Bewegungstraining (Cetin & Baumgartner, 2004).

1.2.2 Arterielle Hypertonie

Die arterielle Hypertonie ist in den meisten Fällen eine Kombination aus systolischer und diastolischer Hypertonie, welche als essenzielle Hypertonie bezeichnet wird. Die pathophysiologischen Ursachen sind meist multifaktoriell bedingt, welche eng mit dem Lebensstil zusammenhängen. Genannt werden Übergewicht, körperliche Inaktivität, Rauchen, sowie ein erhöhter Alkoholkonsum (Steinacker & Lesevic, 2017).

Ein lang bestehender Bluthochdruck kann zu einer Arteriosklerose der Gefäße sowie zu einer Herzinsuffizienz kommen, die im weiteren Verlauf zu Nierenschädigungen oder zu potenziell tödlich verlaufenden Krankheiten wie Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann (Falk et al., 2018; Steinacker & Lesevic, 2017).

Prävention und Therapie

Laut Manica et. al. (2013) sind eine Kombination von medikamentöser Behandlung und Lebensstilveränderungen die geeignete Behandlung des Bluthochdrucks (Mancia et al.,

2013). Sowohl die Morbidität als auch die Mortalität können bei einer effektiven Behandlung des Bluthochdrucks gesenkt werden (Lewington et al., 2002).

1.2.3 Koronare Herzerkrankung

Als koronare Herzerkrankung (KHK) wird eine Arteriosklerose der epikardialen Herzkrankgefäßbezeichnet, die zu einer Verengung von Blutgefäßen führen kann und sich als klinischen „Brustschmerz“, der Angina Pectoris, äußert. Der langsam verlaufende Prozess der KHK führt über chronische Entzündungsprozesse in späterer Folge zu Stenosen, also zur Verengung der Koronararterien. Diese Stenosen führen zu Durchblutungsminderung des Myokards, was durch Kontraktions- und Funktionsstörungen des betroffenen Herzmuskelabschnittes zu erkennen sind. Die angegebenen Leitsymptome der KHK sind häufige Atemnot, eine Erhöhte Herzfrequenz, Blutdruckabfall, Gesichtsblässe und Todesangst (Steinacker & Lesevic, 2017).

Übergewicht, Adipositas und Bewegungsmangel sind beeinflussbare Risikofaktoren für KHK, ebenso wie das Rauchen, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie. Als weitere Risikofaktoren werden noch das Alter, das männliche Geschlecht und genetische Veranlagung genannt (Steinacker & Lesevic, 2017).

Prävention und Therapie

Die wichtigste Maßnahme bei einer KHK ist körperliche Bewegung sowie das Aufgeben des Rauchens (Steinacker & Lesevic, 2017).

1.3 Rehabilitation allgemein

Die Rehabilitation (rehabilitare bedeutet wiederherstellen) und Habilitation zielen weitgehend auf die Optimierung der Gesundheit einer Person ab, damit diese fähig und weitgehend unabhängig an der Teilhabe im Leben ist und somit eine aktive Rolle in der Gesellschaft einnehmen kann (Ammer, 2014; Ebenbichler, 2015). Nach Slesina (2007) umfasst die Rehabilitation neben der Besserung oder Beseitigung von seelischen, geistigen oder körperlichen Funktionseinschränkungen auch die tertiär präventiven Maßnahmen und die Gesundheitsförderung (Slesina, 2007).

Im Sinne der WHO-Definition bedeutet das, eine Behinderung zu vermeiden oder zu verringern und die bestehenden Funktionsfähigkeiten zu steigern oder zu erhalten. Um erfolg-

reiche Rehabilitationsergebnisse feststellen zu können ist eine klare Feststellung der funktionalen Gesundheit zu Rehabilitationsbeginn äußerst wichtig (*WHO / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001). Hierfür gibt es seit 2001 die Internationale Klassifikation der funktionalen Gesundheit (ICF) der WHO (Ebenbichler, 2015).

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“, bekannt als ICF, ist eine Klassifizierung von Gesundheit in gesundheitsorientierten Bereichen (*WHO / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001). Ziel dieser Klassifikation ist eine einheitliche Sprache sowie ein einheitlicher Rahmen zur Beschreibung von gesundheitsbezogenen Zuständen. Diese Bereiche beschreiben die Perspektive des Körpers, der Person sowie die Gesellschaft also die Körperfunktionen und Strukturen, die Aktivitäten und die Partizipation. Funktionen und Beeinträchtigungen werden im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Problemen daher nach ICF klassifiziert (*WHO / International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001).

1.3.1 Rehabilitation in Österreich

Rechtliche Regelung in Österreich

In §§ 154-154b und § 307 des österreichischen Sozialversicherungsrechts sind die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Pensionsversicherung und in der Krankenversicherung gesetzlich geregelt. Die Unterbringung der Patienten, die eine Rehabilitation benötigen, wird vorwiegend in Krankenanstalten, die der Rehabilitation dienen, erfolgen, so laut § 154 Absatz 2 (1). Die rehabilitativen Maßnahmen sollen einen Erfolg der Behandlung gewährleisten oder die Folgen der Erkrankung verringern. Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist einen dementsprechenden Gesundheitszustand wiederherzustellen, dass die Versicherten wieder in der Lage sind, einen angemessenen Platz in der Gesellschaft möglichst dauernd ohne Betreuung oder Hilfe einzunehmen (ASVG, § Abs.1). Sowohl die Sozialversicherung als auch private Anbieter sind Träger der „Sozialkrankenanstalten“ in Österreich, in denen die stationäre Rehabilitation erfolgt (Ebenbichler, 2015).

Kosten, Anträge und Einrichtungen

Laut Jahresbericht des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (2018) wurden im Jahr 2017 2,223 Milliarden Euro für die Maßnahmen der Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge aufgewendet. Diese sind aufgeteilt in 475 Millionen Euro bei der Krankenversicherung, 579 Millionen Euro bei der Unfallversicherung und 1,169 Milliarden Euro bei der Pensionsversicherung (*Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, 2018).

Im Jahr 2017 wurden von insgesamt 340.838 eingereichten Anträge auf Heilverfahren, also Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte, 314.855 von den Sozialversicherungsträgern genehmigt. Das ist ein Rückgang von 2,8% gegenüber dem Vorjahr bezüglich genehmigter Anträge. Insgesamt wurden von den genehmigten Anträgen 281.270 Antragsteller/innen in eine stationäre Behandlung eingewiesen (*Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, 2018).

Die einzelne Aufteilung in die verschiedenen Bereiche sind in der folgenden Grafik genauer aufgeteilt.

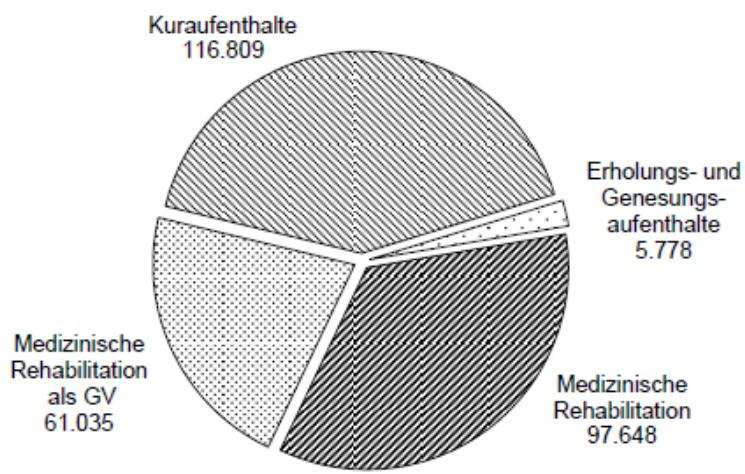


Abb. 1: Anzahl der Einweisungen in stationäre Behandlung im Jahr 2017 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2018, S. 99)

Zum Stichtag 31. Dezember 2017 wurden 116 selbstständige Ambulatorien, 29 sonstige ambulante Einrichtungen und 45 eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung betrieben. Die selbstständigen Ambulatorien sind vor allem allgemeine Ambulatorien, Zahnamulatorien und 2 Zentren für ambulante Rehabilitation. Zu den eigenen Einrichtungen für stationäre Behandlungen zählen das Allgemeine Krankenhaus (AKH), 7 Unfallkrankenhäuser der AUVA, 28 Rehabilitationszentren, 5 Kuranstalten und Kurheime sowie 4 Erholungs- und Genesungsheime (*Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, 2018).

1.3.2 Stationäre Rehabilitation in Österreich

In Österreich sind die Sozialversicherung, die Krankenversicherung und die Pensionsversicherung für die Bearbeitung der Rehabilitationsanträge verantwortlich (*Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, 2018). Meist wird eine Rehabilitation auf 3 Wochen

befristet, diese kann in begründeten Fällen jedoch auch verlängert werden. Traditionell finden in Österreich medizinische Rehabilitationen wohnortfern in Krankenanstalten und Akutkrankenhäusern statt. Eine wohnortnahe Folgerehabilitation, welche in Österreich momentan im Aufbau ist, wäre sehr empfehlenswert (Ebenbichler, 2015).

Eine stationäre Rehabilitation in Österreich wird in fachspezifischen Sonderkrankenanstalten durchgeführt, die für den Diagnoseschwerpunkt medizinisch und rehabilitativ ausgestattet sind und meist fern von Ballungszentren liegen. Die Strukturqualität, die Prozess- und die Ergebnisqualität, welche für alle Einrichtungen einer Rehabilitation gelten, werden von der Pensionsversicherung für die verschiedenen Kostenträger vorgegeben (Ebenbichler, 2015).

In der Rehabilitation wird auf das Konzept des ICF zurückgegriffen, welche auf einer umfassenden Beurteilung der Gesundheit basiert. Durch Abklärung von Struktur- und Funktionsstörungen sowie die Einschätzung einer Beziehung zwischen einer oder mehreren Erkrankungen, ist jede Rehabilitationsintervention ein Paket aus individuell abgeschnittenen Maßnahmen. Diese Maßnahmen berücksichtigen die medizinischen Befunde sowie die persönlichen Bedürfnisse für die Zielsetzung der Rehabilitation und sind aufgrund persönlicher Faktoren laufend anzupassen (Ebenbichler, 2015).

Am Ende der Rehabilitation ist es wichtig, dass die Rehabilitand/inn/en eine strukturierte Nachsorge erhalten, damit sie die positiven Effekte der Rehabilitation festigen und den Transfer der Lebensstil- bzw. Verhaltensänderungen in den Alltag bewältigen. Für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation ist die Eigeninitiative für das Erlernen von gesundheitsförderlichen Lebensweisen die Grundvoraussetzung. Das schließt ebenso das „Annehmen“ der Erkrankung bzw. der Behinderung, ein gesunder Umgang mit Stress und vor allem die Bereitschaft, einen gesundheitsbewussten Lebensstil erlernen zu wollen, mit ein. Die Rehabilitand/inn/en müssen daher ihre eigenen Experten werden und selbstbestimmt Entscheidungen treffen (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018). Schon während der Rehabilitation müssen daher die Rehabilitand/inn/en über weitere Nachsorgeangebote informiert und dazu motiviert werden, diese tatsächlich in Anspruch zu nehmen (Deck & Theissing, 2016).

Die positiven Effekte der medizinischen Rehabilitation sind zwar unmittelbar nach der Maßnahme kurzfristig von Erfolg gekrönt, langfristig lassen diese Effekte jedoch stark nach. Eine der Gründe dafür wird vor allem im nicht gelingenden Transfer des Gelernten in den Alltag gesehen. Die Begründung liegt in der Gestaltung der Rehabilitation, da diese meist woh-

nortfern durchgeführt wird. Hier werden sie intensiv geschult und lernen unter Gleichbe troffenen verschiedene Verhaltensstrategien, schaffen es jedoch nicht, das Gelernte im All tag umzusetzen. Weitere Hürden werden auch in fehlender Motivation, Alltagsroutinen zu verändern, berufliche Anforderungen und in Ängsten, bei der Umsetzung Fehler zu machen, gesehen (Deck & Theissing, 2016).

1.4 Problembeschreibung

Dies führt nun zu folgender Problemstellung:

Laut Thimmel, Schubert und Viehmeier (2018) ist die Eigeninitiative für das Erlernen von gesundheitsförderlichen Lebensweisen eine Grundvoraussetzung für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation. Ebenso ein gesunder Umgang mit Stress, die Erkrankung anzunehmen und die Änderungsbereitschaft, einen gesundheitsbewussten Lebensstil erlernen zu wollen (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018).

Nach Deck und Theissing (2016) werden Angst vor Fehlern, Alltagsroutinen zu ändern, fehlende Motivation, berufliche Anforderungen als Hürden genannt (Deck & Theissing, 2016).

Nun stellt sich die Frage, ob Rehabilitand/inn/en gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten haben und welche Gründe sie angeben, eine weitere Rehabilitation durchzuführen.

Eine weitere Rehabilitation wird definiert als mindestens die zweite Rehabilitation in diesem Fachbereich – in dieser Arbeit die Bereiche Stoffwechsel- und Herz-Kreislauferkrankungen. Das heißt, ein/e Teilnehmer/in muss mindestens die zweite Rehabilitation durchführen, kann aber auch bereits bei der Absolvierung der dritten, vierten, fünften, usw. Rehabilitation sein.

Somit ergeben sich folgende zwei Fragestellungen.

- Haben Teilnehmer/innen mit Lifestyle-Erkrankungen, die eine weitere Rehabilitation durchführen, gesundheitsfördernde Lebensweisen beibehalten?
- Welche Beweggründe geben die Teilnehmer/innen für eine weitere Rehabilitation an?

1.5 Ziel und Vorannahme

Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, ob die Teilnehmer/innen die gesundheitsfördernden Maßnahmen des letzten Rehabilitationsaufenthaltes weitergeführt haben und welche Beweggründe sie für eine weitere Rehabilitation angeben.

2 Methodik

In diesem Kapitel soll ein Überblick über den Ablauf der Erhebung, die Rekrutierung der Proband/innen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien eingegangen werden.

2.1 Studiendesign/ Studienablauf

Bei der Studie handelt es sich um eine empirische Studie mittels quantitative Fragebogenuntersuchung, einer schriftlichen Befragung, da diese einen möglichst umfangreichen Einblick gewährt. Die Wissensgrundlagen sowie die Forschungsfragen wurden bereits in der Bachelorarbeit I von Februar bis Juni 2019 erarbeitet. Ab September 2019 wurden die Vorbereitungen für die Fragebogengestaltung getroffen.

Bei der Erstellung eines Fragebogens musste in erster Linie darauf geachtet werden, die Fragen so zu stellen, dass die Fragestellungen damit beantwortet werden konnten. Hierfür sind vor allem die verschiedenen Antwortformate entscheidend. Diese werden in freie (offene) und gebundene (geschlossene) Antwortformate unterschieden. In der Praxis treten jedoch Mischformen aus freien und gebundenen Antwortformaten auf.

2.1.1 Freies Antwortformat

Der Vorteil bei offenen Antwortformaten ist, dass die Personen die Antwort selbst formulieren können. Jedoch können Personen Schwierigkeiten haben, die ein schwaches Verbalisierungsvermögen besitzen und dadurch wichtige Dinge weglassen. Ältere Personen könnten durch fehlende motorische Fähigkeiten eingeschränkt sein. Hinzu kommt die manchmal schlecht lesbare Handschrift der Personen. Ebenso gestaltet sich die Auswertung der offenen Fragen mit SPSS als eher schwierig und aufwändig (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

2.1.2 Gebundene Antwortformate

Durch die vorgefertigten Antworten entfällt der Vorgang des selbst Formulierens der Teilnehmer/innen und die Auswahl der Antwort findet nur in einem eingeschränkten, festgelegten Bereich statt. Jedoch bietet dieses Format eine Erleichterung der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

2.1.3 Das dichotome Antwortformat

Diese Form ist die gängigste verwendete Antwortmöglichkeit. Die Person muss sich bei der Beantwortung der Fragen für einen konkreten Antwort zwischen „richtig“ oder „falsch“, „ja“ oder „nein“ bzw. „stimmt“ oder „stimmt nicht“ entscheiden. Diese Form der Antwort bedarf nur einer kurzen Beantwortungszeit und ist einfach auszuwerten. Der wesentliche Nachteil dieser Form liegt darin, dass es für manche Fragen nicht leicht ist, sich zwischen den zwei Antwortmöglichkeiten zu entscheiden. Die Testperson ist also in ihrer Freiheit der Beantwortung stark eingeschränkt. Ebenso ergibt sich durch dieses Antwortformat eine geringe Variabilität der Antwortmuster und folglich eine geringe Varianz (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

2.1.4 Ratingskalen

Bei den Ratingskalen haben die Testpersonen die Möglichkeit, zwischen mehr als zwei abgestuften Antwortkategorien zu entscheiden, was einen Informationsgewinn bewirkt. Die Person kann sich somit zwischen den Alternativen entscheiden. Nachfolgend wird auf verschiedene Ratingskalen näher eingegangen (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

Unipolar versus bipolar

Ratingskalen werden abgestuft in unipolar und bipolar. Unipolare Ratingskalen gehen anhand eines Nullpunkts in zB. Eine starke Ablehnung oder starke Zustimmung

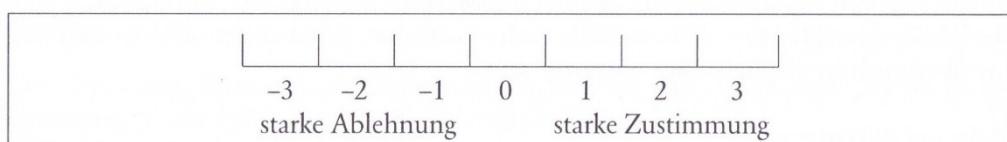


Abb. 2 Unipolare Ratingskala (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S.59)

Bipolare Ratingskalen gehen von einem fiktiven Nullpunkt zum positiven Pol und sind meist symmetrisch, missachten jedoch, dass Personen in eine gewisse Richtung gedrängt werden.

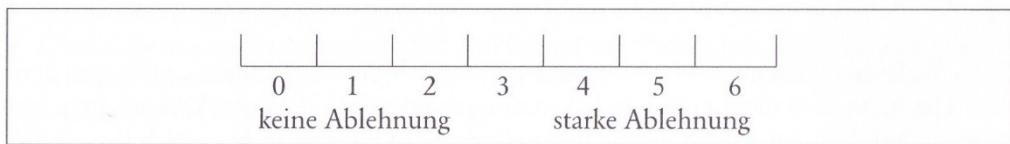


Abb. 3 Bipolare Ratingskala (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 59)

Anzahl der Abstufungen

Ratingskalen lassen sich auch anhand von Abstufungen unterscheiden. Durch zu viele Abstufungen kommt es jedoch bei den Testpersonen zur „Qual der Wahl“. Derzeit sind Abstufungen von max. 5-7 gängig, um die Personen nicht zu überfordern. Jedoch sind extreme Antworttendenzen bei sieben Stufen vermehrt bemerkbar als bei vier Antwortstufen.

Ungerade versus gerade Anzahl der Abstufungen

Bei ungeraden Abstufungen kann es zu Mitteltendenzen durch Verweigerung oder Unverständnis kommen und nicht nur durch den Ausdruck einer neutralen Position. Jedoch zwingt eine gerade Anzahl der Abstufung zu einer Tendenz in eine bestimmte Richtung.

Art der Kennzeichnung (Zahlen, Wörter, Smileys)

Der Vorteil liegt darin, dass weniger Missverständnisse der Testpersonen entstehen. Die verbale Skalenbezeichnung ist die häufigste verwendete Methode. Die Schwierigkeit besteht darin, eine exakte Beschreibung zu finden, welche den Rang eindeutig angibt. Durch die Kombination der numerischen und verbalen Skalenbezeichnung werden mehr Vorteile erwartet (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

2.1.5 Multiple-Choice

Multiple-Choice Fragen bieten die Möglichkeit, viele Antwortalternativen aufzustellen wobei keine bis alle Antworten ausgewählt werden können. Meist werden Multiple-Choice Fragen bei Wissenstests angewendet, um richtige und falsche Antwortmöglichkeiten angeben zu können. Wichtig hierbei ist die korrekte Formulierung und Auswahl der Antwortmöglichkeiten zur Fragestellung. Je mehr Antwortalternativen es gibt, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit, mit Raten die korrekte Antwort bzw. die korrekten Antworten zu erzielen. Ebenso kann Multiple-Choice bei Fragebogenerhebungen eine gute Möglichkeit darstellen, Mehrfachantworten zu gestatten, da meist mehrere Antworten zutreffen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, eine Antwort „Sonstiges“ anzubieten, um fehlende Optionen ergänzen zu

können. Die Auswertung mittels SPSS ist deutlich komplizierter und muss durch „Mehrfachantworten“ ausgewertet werden. „Sonstiges“ muss durch Eingabe einer Textzeile ergänzt werden (Bühner, 2011).

2.1.6 Entscheidung des Antwortformates

Da durch zahlreiche wissenschaftliche Grundlagen mehrere Möglichkeiten angegeben wurden, weshalb Personen eine Rehabilitation antreten können, war die Durchführung mittels Multiple-Choice sinngemäß. Einige Fragen wurden mittels dichotomen Antwortformat versehen. Es wurden auch offene Fragen mit der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ versehen, um ein möglichst breites Antwortspektrum von den Proband/inn/en erfahren zu können.

2.2 Proband/inn/enrekrutierung

Für die Proband/inn/enrekrutierung wurde durch eine bestehende Kooperation zwischen der Fachhochschule St. Pölten und der Sonderkrankenanstalt Alland diese angefragt, ob die Fragebogenerhebung an den Rehabilitand/inn/en in Alland durchgeführt werden durfte.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Ziel der Fragebogenerhebung war zu ermitteln, welche Gründe der/die Teilnehmer/innen angeben, die eine weitere Rehabilitation mit einer Stoffwechsel- oder einer kardio-vaskulären Erkrankungen durchführen. Daher war das wichtigste Einschlusskriterium, dass der/ die Teilnehmer/in bereits eine (oder mehrere) Rehabilitation/en in diesem Bereich absolviert hatte. Durch die Durchführung einer Rehabilitation in der Sonderkrankenanstalt Alland ist ein Vorhandensein einer Stoffwechsel- oder kardio-vaskulären Erkrankung ebenfalls gegeben. Das einzige Ausschlusskriterium bei der Fragebogenerhebung in Alland war lediglich die Durchführung der ersten Rehabilitation mit einer Stoffwechsel- oder kardio-vaskulärer Erkrankung.

2.3 Ablauf der Erhebung

Nach der Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser zur Genehmigung an die ärztliche Leiterin der Sonderkrankenanstalt Alland Frau Prim. Dr. Francesconi gesendet. Ebenso wurde ein Termin, der 13. Dezember 2019 um 10:00 Uhr, für die Durchführung der Fragebogenerhebung vereinbart. Bei diesem Termin waren die neuen Rehabilitand/inn/en zur Begrüßung und einem Einführungsvortag anwesend. Im Anschluss an den Vortrag stellte Frau Prim. Dr. Francesconi kurz mich und mein Vorhaben vor und lud die Teilnehmer/innen ein, mich bei meiner Bachelortestung durch das Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen. Bei der Begrüßung waren etwa 20 Personen anwesend von denen 8 meinen Fragebogen ausfüllten. Die Teilnehmer/innen wurden gebeten, die Einwilligungserklärung auszufüllen sowie zu unterzeichnen und den Fragebogen zu beantworten. Im Anschluss an die Erhebung erhielt ich von Frau Prim. Dr. Francesconi die Information, dass um 13:00 Uhr ein Abschlussvortrag stattfindet, bei dem Rehabilitand/inn/en anwesend waren, die ihre Rehabilitation einige Tage später abschlossen. Auch bei diesem Termin waren etwa 30 Personen anwesend von denen 11 meinen Fragebogen ausfüllten.

Für die Fragebogenerhebung wurde ein selbstentworfener Fragebogen verwendet. Der Fragebogen bestand aus 14 Fragen allgemein zur Person, zur Hauptdiagnose, den erhaltenen Maßnahmen, Dauer der Durchführung sowie Hindernisse bei der Durchführung der Maßnahmen.

Allgemein zur Person wurde nach dem Geschlecht, dem Alter, der Hauptdiagnose, nach Nebendiagnosen (falls bekannt), den aktuellen Reha-Zielen sowie der Anzahl der Rehabilitationen und spezifisch der Anzahl der Rehabilitationen mit der angegeben Hauptdiagnose gefragt.

Um zu differenzieren, ob die Teilnehmer/innen bei ihrer letzten Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen für Zeit nach der Rehabilitation erhalten haben, wurde eine dichotome „Ja“/„Nein“-Frage gestellt, um bei der Antwort „Nein“ einen Teil des Fragebogens (bis inklusive Frage 12) zu überspringen.

Teilnehmer/innen, welche die Frage mit „Ja“ beantworteten, wurden nach den gesundheitsfördernden Maßnahmen gefragt und welche sie in den Alltag integrieren konnten bzw. wie lange sie die Durchführung dieser Maßnahmen aufrechten halten konnten. In diesem Zuge wurde nach Gründen gefragt, die die Durchführung der Maßnahmen im Alltag erschwert oder verhindert haben. Die zur Verfügung stehenden Antwortmöglichkeiten beinhalteten Gründe nach Deck und Theissing (2016) wie fehlende Motivation oder Angst vor Fehlern (Deck & Theissing, 2016).

Die Gründe für die laufende Rehabilitation (Frage 13), welche wieder alle Teilnehmer/innen beantworten sollten, enthielt Antwortmöglichkeiten nach Thimmel, Schubert und Viehmeier (2018) wie der bessere Umgang mit Stress sowie ein gesundheitsbewusster Lebensstil (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018).

Der Abschluss des Fragebogens bestand aus einer offenen Frage, ob die Teilnehmerinnen denken, dass sie die gesundheitsfördernden Maßnahmen der derzeitigen Rehabilitation umsetzen können. Zur Auswahl standen die Antwortmöglichkeiten „Ja, weil...“ und „Nein, weil...“ um herauszufinden, ob noch weitere Gründe angegeben wurden, die bisher noch nicht bedacht wurden.

2.3.1 Auswertung der Daten

Alle Fragebögen wurden von 1 fortlaufend nummeriert und mit dem Programm „IBM SPSS Statistics Version 24“ ausgewertet. Die demografischen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert und ausgewertet. Da viele Fragen mehrere Antworten zuließen, wurden diese Ergebnisse mittels eines Mehrfachantwortsets erstellt und ausgewertet. Alle Diagramme wurden auf Basis der Ergebnisse aus SPSS mit Microsoft Excel erstellt.

3 Ergebnisse

Insgesamt wurden 19 Fragebögen von den Rehabilitand/inn/en der Sonderkrankenanstalt Alland ausgefüllt. Acht der 19 Fragebögen mussten durch das Nichterfüllen der Einschlusskriterien aus der Studie ausgeschlossen werden. Sie absolvierten ihre erste Rehabilitation mit Schwerpunkt Stoffwechsel- und Herz-Kreislauferkrankungen. Die verbliebenen elf Fragebögen erfüllten die Einschlusskriterien und konnten für die Auswertung herangezogen werden.

3.1 Demografische Daten

Die für die Erhebung relevanten Fragebögen wurden von insgesamt elf Personen ausgefüllt, davon sechs Frauen und fünf Männer. Das Durchschnittsalter der Proband/inn/en betrug 58,73 Jahre ($\pm 9,63$ SD). Die Probandinnen waren durchschnittlich 59,83 Jahre ($\pm 7,14$

SD) wobei die jüngste Frau 52 Jahre und die älteste Frau 70 Jahre war. Das Durchschnittsalter der Probanden betrug 57,40 Jahre ($\pm 12,82$ SD), wobei der jüngste Mann 48 Jahre und der älteste Mann 79 Jahre war.

Tab. 1: Anzahl und Alter der Proband/inn/en nach Geschlecht mit Angaben der Lebensjahre von Minimum und Maximum der Stichprobe sowie dem Mittelwert mit Standardabweichung

Geschlecht	Proband/inn/en Anzahl	Minimum (Alter in Jahren)	Maximum (Alter in Jahren)	Mittelwert (Alter in Jahren)	Standardabweichung
Weiblich/ Männlich	11	48	79	58,73	9,634
Weiblich	6	52	70	59,83	7,139
Männlich	5	48	79	57,40	12,818

3.2 Ergebnisse der Erhebung

Hinsichtlich der Frage nach der Bekanntgabe der Hauptdiagnose für die derzeit laufende Rehabilitation wurden die Antwortmöglichkeiten metabolisches Syndrom, Adipositas, Diabetes Mellitus Typ I, Diabetes Mellitus Typ II, Diabetes Mellitus Typ unbekannt, Schaufens-terkrankheit PAVK, arterielle Hypertonie, koronare Herzerkrankungen und „Sonstiges“ als offene Antwortzeile gegeben. Die Frage wurde mit dem Vermerk gekennzeichnet, nur eine Antwort anzugeben.

Die Antworten der Teilnehmer/innen lauteten wie folgt:

Vier Frauen und zwei Männer gaben als Hauptdiagnose Diabetes Mellitus Typ II, eine Frau und ein Mann Adipositas an. Eine Frau gab sowohl Diabetes Mellitus Typ II als auch Adipositas an, ein Mann Adipositas, Diabetes Mellitus Typ II und koronare Herzerkrankungen und ein weiterer Mann Adipositas und das metabolische Syndrom als Hauptdiagnosen an.

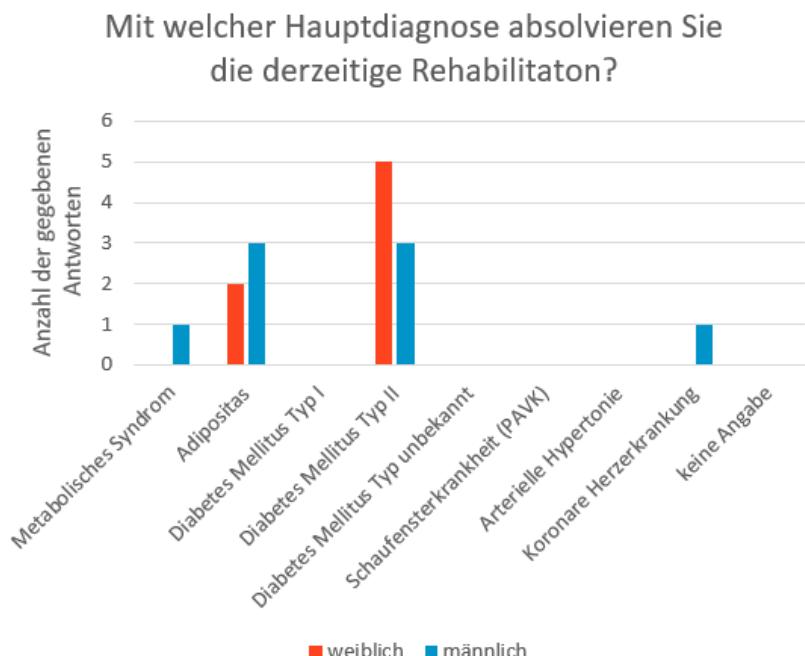


Abb. 4: Antworten Frage drei nach der Hauptdiagnose der laufenden Rehabilitation

Die vierte Frage gab die Möglichkeit, alle weiteren bekannten Diagnosen durch Ankreuzen der Antworten anzugeben. Es wurde kein Limit für die Auswahl der Antworten gesetzt. Hierfür standen wieder die gleichen Antwortmöglichkeiten wie nach der Frage der Hauptdiagnose inklusive offener Antwortenzeile für weitere nicht angeführte Diagnosen zur Verfügung. Sieben Teilnehmer/innen gaben exakt die gleichen Antworten, die sie bereits bei der Frage nach ihrer Hauptdiagnose anführten. Eine Frau beantwortete diese Frage mit ihrer Hauptdiagnose Diabetes Mellitus Typ II und ergänzte mit der Angabe Adipositas. Ein Mann gab als Zusatzdiagnose eine arterielle Hypertonie an. Eine Frau und ein Mann haben keine Angaben gemacht.

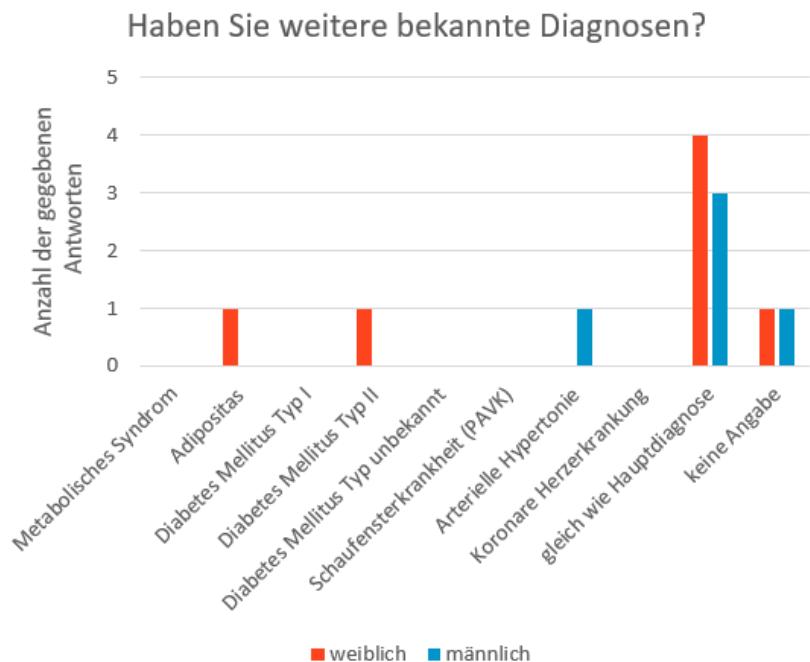


Abb. 5: Antworten Frage vier nach bekannten Zusatzdiagnosen

Die Frage fünf befragte die elf Teilnehmer/innen nach ihren Reha-Zielen und gab die Möglichkeit, mehrere Antworten auszuwählen. Als Antwortmöglichkeiten standen mehr Bewegung, gesündere Ernährung und ein besserer Umgang mit Stress zur Auswahl. Alternativ konnten sie eine weitere Antwort selbstverfassen bzw. „keine konkreten Ziele“ als Antwort auswählen. Ein Proband nutzte hier die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ und ergänzte mit der Antwort „Gewichtsabnahme“.

Neun der elf Proband/inn/en gaben an, sich mehr bewegen zu wollen, davon vier Frauen und alle fünf Männer. Ebenfalls wählten fünf Frauen und vier Männer aus, sich gesünder ernähren zu wollen. Einen besseren Umgang mit Stress erlernen zu wollen haben eine Frau und zwei Männer angekreuzt. Ein Mann gab an, keine konkreten Ziele für die Rehabilitation zu haben und eine Frau tägtte keine Angaben.



Abb. 6: Antworten Frage fünf nach den Zielen der derzeitigen Rehabilitation

Die Frage sechs wurde als Schlüsselfrage erstellt. Sie diente dazu, die Teilnehmer/innen nach ihren insgesamt durchgeführten Rehabilitationen in allen Bereichen zu erfragen. Im Anschluss wurde die Frage gestellt, wie viele Rehabilitationen sie mit ihrer derzeitigen Hauptdiagnose (ohne die aktuelle Rehabilitation) absolviert hatten. So konnte kontrolliert werden, ob ein/e Teilnehmer/in nur eine Rehabilitation z.B. im Bereich Orthopädie/Traumatologie aber nicht im Bereich der Stoffwechselkrankheiten durchgeführt hat. Dies war der Grund, warum acht der 19 Fragebögen aufgrund der Ausschlusskriterien nicht ausgewertet werden konnten. Sie gaben bei der Frage sieben als Antwort „Null“ absolvierte Rehabilitationen mit der Hauptdiagnose an. Die verbliebenen elf Fragebögen konnten für die Auswertung herangezogen werden. Zwei Frauen gaben eine, zwei Frauen zwei und eine Probandin fünf bisher absolvierte Rehabilitation mit ihrer Hauptdiagnose an. Drei der fünf Männer gaben zwei bisher absolvierte Rehabilitation und die weiteren zwei Probanden drei bisher absolvierte Rehabilitationen mit ihrer Hauptdiagnose an. Durchschnittlich haben elf Proband/inn/en bisher 2,27 Rehabilitationen durchgeführt. Das sind durchschnittlich 2,2 durchgeführte Rehabilitation der sechs Frauen und 2,4 absolvierte Rehabilitationen der fünf Männer.

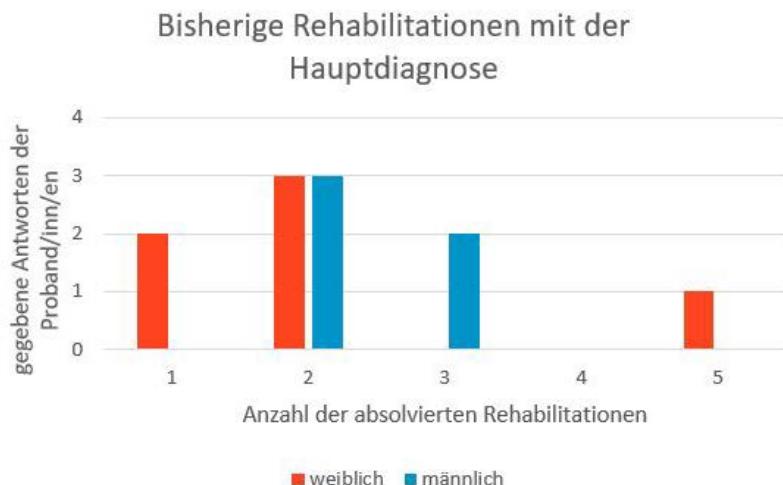


Abb. 7: Antworten Frage sieben nach den bisher absolvierten Rehabilitationen mit der Hauptdiagnose ohne die derzeit laufende Rehabilitation

Frage acht stellte eine Entscheidungsfrage über die weitere Beantwortung des Fragebogens dar. Wer die Frage, ob sie bei der letzten Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zeit nach der Reha erhalten haben, mit „Ja“ beantwortete, absolvierte den weiteren Fragebogen unverändert und konnte die nächsten Frage der Reihe nach beantworten. In diesem ging es um die Art der Maßnahmen, die Durchführungsdauer und erschwerende Gründe bei der Durchführung der Maßnahmen. Zwei Frauen und ein Mann haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet. Sie wurden angehalten, den Fragebogen bei Frage 13 fortzusetzen, da für sie die Fragen neun bis zwölf nicht relevant waren. Von den elf Proband/inn/en haben insgesamt acht Personen (vier Frauen und vier Männer) angegeben, bei der letzten Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten zu haben.

Bei der neunten Frage nach den Maßnahmen haben vier Frauen und zwei Männer angegeben, Kochrezepte erhalten zu haben, drei Frauen und zwei Männer haben einen Trainingsplan erhalten und drei Frauen und ein Mann haben Vorschläge für sportliche Aktivitäten erhalten. Zwei Frauen und ein Mann haben ein Heimübungsprogramm bzw. -vorschläge und eine Frau und zwei Männer haben Stressbewältigungsstrategien erhalten. Zwei Frauen haben Einkaufstipps erhalten und eine Frau und ein Mann Maßnahmen zur Rauchentwöhnung.

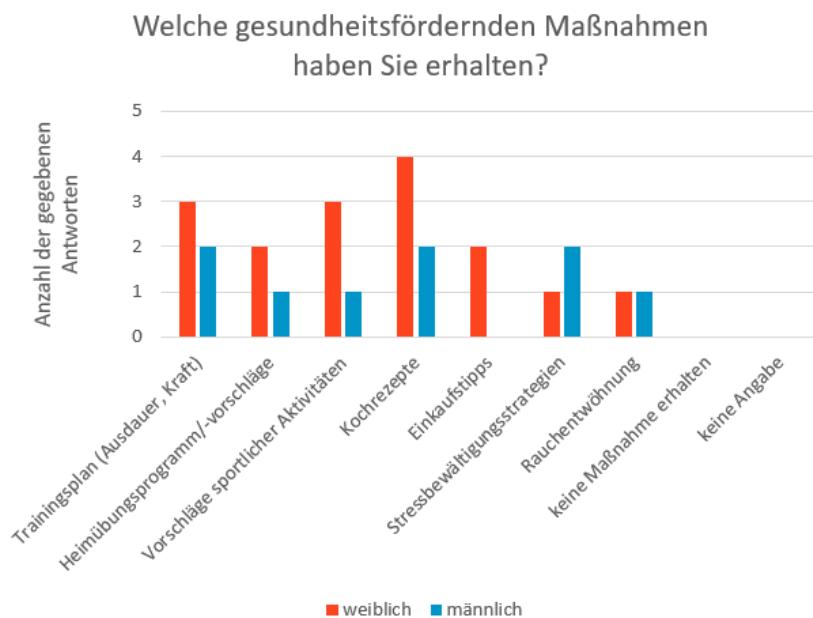


Abb. 8: Antworten Frage neun nach den erhaltenen Maßnahmen bei der letzten Rehabilitation

Ein Großteil der Teilnehmer/innen (drei Frauen und zwei Männer) konnten ein regelmäßiges Training in den Alltag integrieren, gefolgt von drei Frauen und einem Mann, die sich an Kochrezepten versuchten. Eine Frau sowie zwei Männer schafften es ein regelmäßiges Heimübungsprogramm zu integrieren und zwei Frauen haben eine sportliche Aktivität aufgenommen. Der Rauchkonsum konnte von einer Frau und einem Mann verringert bzw. gänzlich gestoppt werden. Eine Frau konnte die erlernten Einkaufstipps umsetzen und ein Mann besser mit Stresssituationen umgehen.

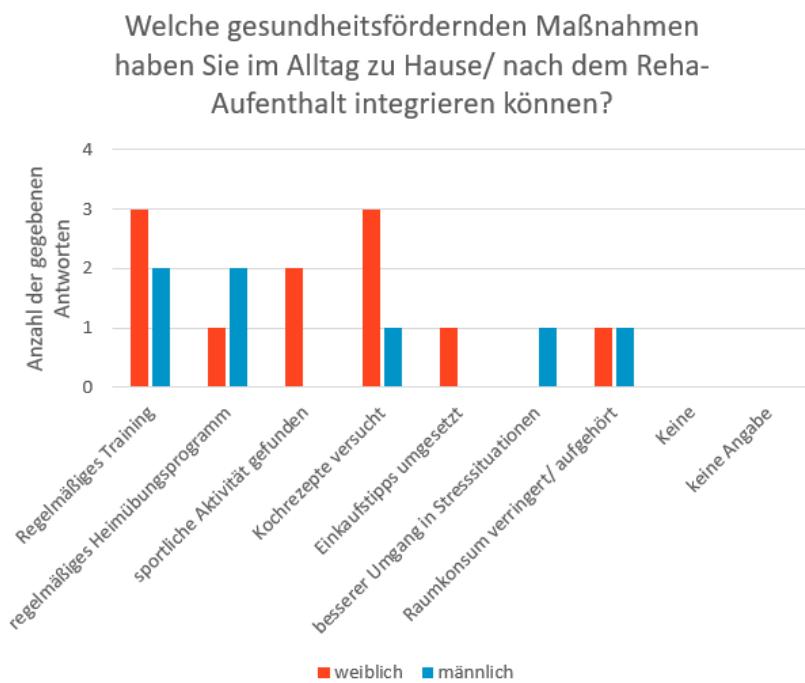


Abb. 9: Antworten Frage zehn nach den Maßnahmen, die in den Alltag integriert werden konnten

Frage elf erfragte nun, wie lange diese erhaltenen, gesundheitsfördernden Maßnahmen durchgeführt wurden. Zwei Frauen führten die Maßnahmen einige Wochen durch, eine Frau gab an, die erhaltenen Maßnahmen länger als ein halbes Jahr durchgeführt zu haben. Eine Frau und ein Mann führten die Maßnahmen länger als ein Jahr durch und zwei Männer gaben an, die Maßnahmen bis zum damaligen Reha-Aufenthalt durchgeführt zu haben. Ein Mann kreuzte an, die gesundheitsfördernden Maßnahmen gar nicht durchgeführt zu haben.

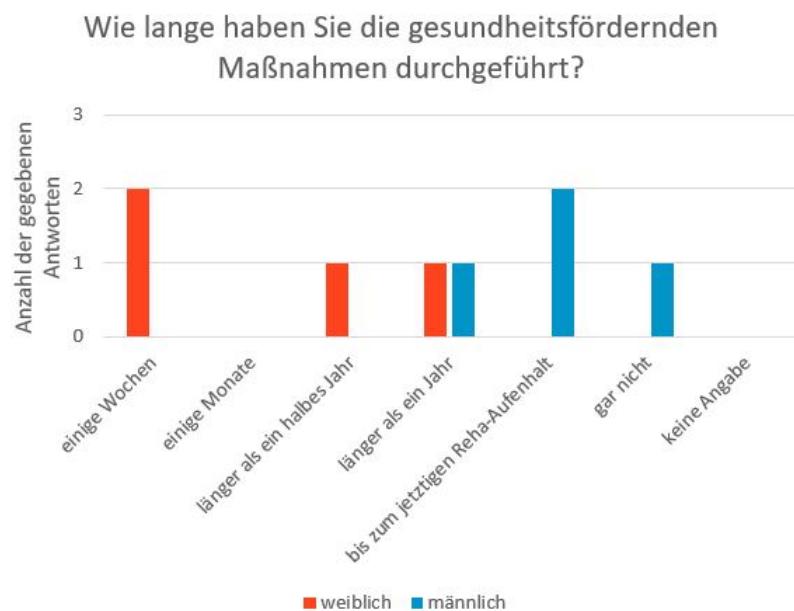


Abb. 10: Antworten Frage elf wie lange die Maßnahmen nach der Rehabilitation durchgeführt wurden

Im Anschluss wurde die Frage gestellt, welche Gründe die Proband/inn/en angeben, die eine Durchführung der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alltag erschwert oder verhindert hatten. Drei Frauen und ein Mann gaben eine fehlende Motivation an, eine Frau familiären Stress und eine weitere Frau zu starke Forderung im Beruf. Eine ergänzende Antwort durch eine Probandin lautete: „Ich habe Haustiere“. Drei Männer haben diese Frage nicht beantwortet.

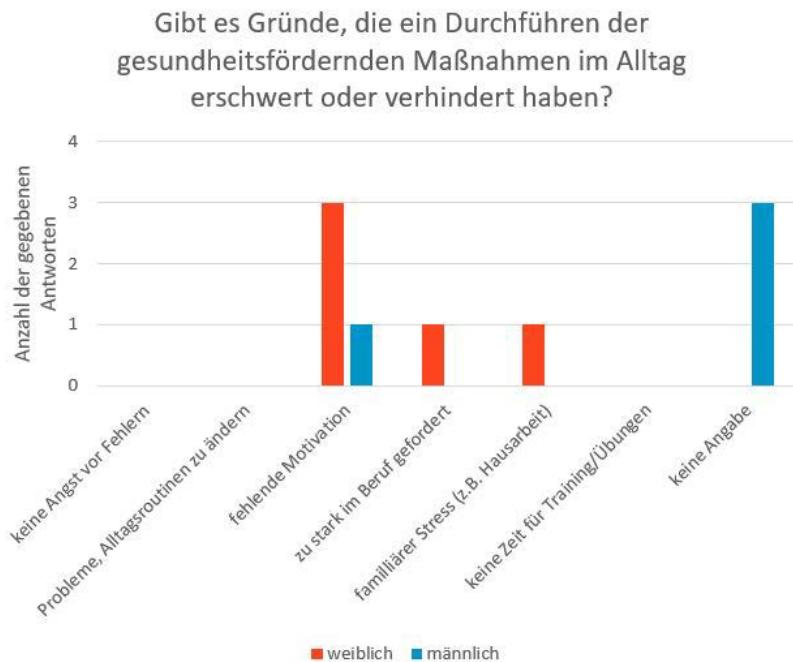


Abb. 11: Antworten Frage zwölf nach Gründen, die ein Integrieren der Maßnahmen in den Alltag erschwert oder verhindert haben

Frage 13 war nun wieder von allen Proband/inn/en zu beantworten. Diese erfragte, welche Gründe sie für die derzeitige Rehabilitation angeben. Alle sechs Frauen und zwei Männer wollten mit der derzeitigen Rehabilitation wieder ihr Wissen auffrischen. Vier Frauen und alle fünf Männer wollten sich mehr bewegen und sowohl vier Frauen als auch vier Männer hatten eine gesündere Ernährung als Ziel. Jeweils eine Frau und ein Mann wollten mit Stresssituationen besser umgehen können und ein Mann gab an, keine Angst mehr vor Fehlern haben zu wollen. Zwei Proband/inn/en nahmen die Möglichkeit einer offenen Antwort wahr, und ergänzten mit „Gewichtsabnahme“ und „Motivation“.

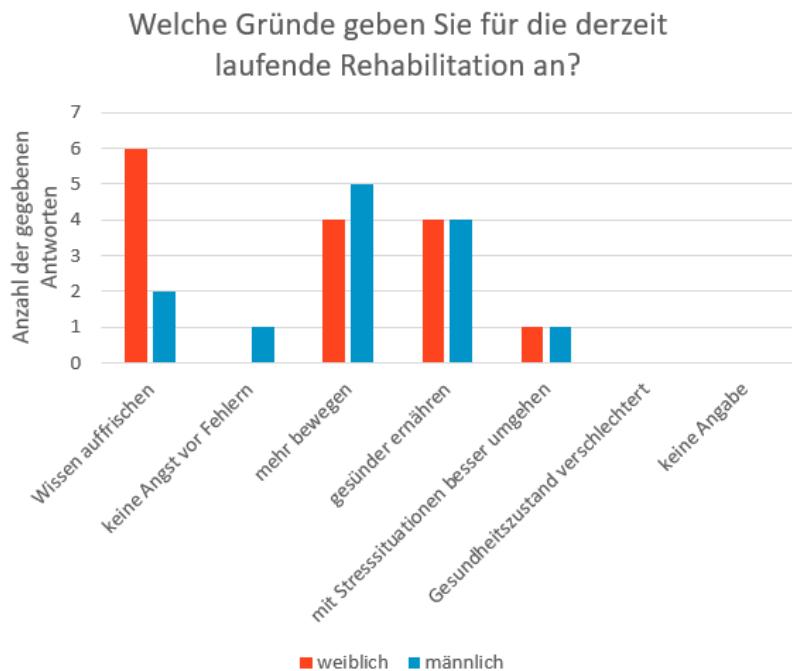


Abb. 12: Antworten Frage 13 nach Gründen, die Proband/inn/en für die derzeitige Rehabilitation angeben

Die letzte Frage stellte eine Informationsfrage dar. Hiermit sollten die subjektiven Einschätzungen der Proband/inn/en ermittelt werden und ob diese glauben, dass sie die gesundheitsfördernden Maßnahmen der derzeit laufenden Rehabilitation nach Absolvieren der Rehabilitation umsetzen können. Diese Frage wurde bewusst als offene Frage gestellt, um den Proband/inn/en die Möglichkeit zu geben, ihre Einschätzung ohne Antwortvorlagen zu erläutern und einen individuellen Eindruck zu erhalten.

Insgesamt wurde diese Frage zehnmal mit „Ja“ beantwortet.

Darunter befanden sich Antworten wie: „Ja, weil ich neue Informationen erhalten habe.“, „Ja, weil ich meine Einstellung geändert habe. Feste Ziele, die ich erreichen will.“, „Ja, weil die Motivation gestiegen ist.“, „Ja, weil ich motivierter sein werde und lerne, weniger zu essen.“, „Ja, weil ich wieder wenn es geht länger gesund sein und vom Insulin wegkommen möchte.“ Und „Ja, weil ich viel dazugelernt habe für zu Hause.“

Auch kamen die Antworten wie „Ja, teils denn der Alltag bleibt ja erhalten.“ und „Ja, weil Diabetes.“ Eine Frau antwortete mit „Nein, weil ich keine Motivation habe, meinen inneren Schweinehund zu überlisten“.

3.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die elf Proband/inn/en bestehend aus sechs Frauen und fünf Männern hatten ein gemeinsames Durchschnittsalter von 58,73 Jahren. Die am häufigsten genannte Hauptdiagnose war Diabetes Mellitus Typ II. Die Angaben der Zusatzdiagnosen waren zum überwiegenden Teil ident mit den Antworten der Hauptdiagnose. Als Ziele gaben die Proband/inn/en vor allem mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung an. Durchschnittlich haben die Probandinnen 2,2 Rehabilitation, die Probanden 2,4 Rehabilitationen mit ihrer Hauptdiagnose absolviert. Acht Personen haben gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Kochrezepte, einen Trainingsplan, ein Heimübungsprogramm oder Vorschläge für sportliche Aktivitäten erhalten. Ein regelmäßiges Training konnte ebenso im Alltag integriert werden wie neue Kochrezepte versucht wurden. Durchgeführt wurden die Maßnahmen in einem Zeitraum zwischen gar nicht, einigen Wochen und bis zur jetzigen Rehabilitation. Als Gründe für die Rehabilitation wurden vor allem ein Auffrischen des Wissens, mehr Bewegung sowie gesünder ernähren angegeben. Bei der Frage, ob die Proband/inn/en glauben, die gesundheitsfördernden Maßnahmen der derzeitigen Rehabilitation umsetzen zu können, antworteten zehn der elf Teilnehmer/innen mit „Ja“.

4 Diskussion

In der Einleitung dieser Bachelor-Arbeit wurde das Thema Lifestyle-Erkrankungen mit den daraus resultierenden Stoffwechsel- und Herz-Kreislauferkrankungen näher beleuchtet. Ebenso wurde allgemein auf die Rehabilitation, die derzeitige Situation in Österreich sowie auf die stationäre Rehabilitation genauer eingegangen. Mithilfe von aktueller Literatur wurde herausgefunden, dass es einige bekannte Gründe für ein Wiederholen der Rehabilitationen gibt. Jedoch konnte nicht festgestellt werden, welche konkreten Gründe bei Menschen mit Lifestyle-Erkrankungen angegeben werden. Dies führte zu den folgenden Forschungsfragen, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels beantwortet werden:

- Haben Teilnehmer/innen mit Lifestyle-Erkrankungen, die eine weitere Rehabilitation durchführen, gesundheitsfördernde Lebensweisen beibehalten?
- Welche Beweggründe geben die Teilnehmer/innen für eine weitere Rehabilitation an?

Wie bereits im Kapitel 1.4 Problemstellung erklärt, ist eine weitere Rehabilitation definiert als die mindestens zweite Rehabilitation in diesem Fachbereich. Das heißt, ein/e Teilnehmer/in muss mindestens die zweite Rehabilitation durchführen, kann aber auch bereits bei der Absolvierung der dritten, vierten, fünften, usw. Rehabilitation sein.

Die Forschungsfragen stellten somit auch gleich das Hauptziel dieser Studie dar. Ziel war es zu eruieren, ob die befragten Personen mit Lifestyle-Erkrankungen die gesundheitsfördernden Lebensweisen beibehalten haben und welche Gründe sie für eine weitere Rehabilitation angeben. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Fragebogenerhebung kritisch beurteilt und die einzelnen Fragestellungen der Forschungsfragen genau diskutiert.

Zunächst wird die Frage geklärt, warum acht der 19 Fragebögen aussortiert werden mussten. Wie schon in Kapitel 3 Ergebnisse erklärt, stellten die Fragen sechs und sieben Schlüsselfragen dar. Diese zwei Fragen wurden konzipiert, um zu verhindern, dass Fragebögen in die Auswertung miteinfließen, die nicht den Einschlusskriterien erfüllen. Frage sechs erfragte die Proband/inn/en, wie viele Reha-Aufenthalte Sie bisher ohne die derzeit laufende Rehabilitation absolviert hatten. Die Frage sieben konkretisierte die Anzahl der Rehabilitationen mit ihrer Hauptdiagnose ohne die derzeit laufende Rehabilitation. So konnte klar festgestellt werden, ob die Proband/inn/en die Differenzierung der Fragen korrekt aufgefasst hatten. Jene, die die Frage sieben mit der Angabe „Null“ ausfüllten oder keine Angaben gemacht hatten, wurden aus der Auswertung der Erhebung ausgeschlossen. Alle elf verbliebenen Fragebögen erfüllten durch die Angabe von mindestens „Eins“ somit die Einschlusskriterien dieser Studie und konnten für die weitere Auswertung herangezogen werden. Um eine aussagekräftige Erhebung der Daten zu erlangen, wäre eine positive Fragebogenanzahl von 30 Stück wünschenswert gewesen.

Für eine übersichtlichere Auswertung der Daten wurden die Frage eins nach dem Geschlecht und Frage zwei nach dem Alter zusammengefasst. Von den elf gültigen Fragebögen wurden sechs von Frauen und fünf von Männern ausgefüllt. Dies stellt eine gute Basis für eine Vergleichbarkeit zwischen den Geschlechtern darf. Auch durch das nahe Beieinanderliegen des Durchschnittsalters mit 59,73 Jahren bei den Frauen und 57,40 Jahren bei den Männern lassen sich die beiden Geschlechtergruppen gut miteinander vergleichen. Die Erwartung, dass auch jüngere Proband/inn/en im Alter zwischen 18 und 50 an der Fragebogenerhebung teilnehmen, konnte somit nicht erfüllt werden. Dies könnte durch das Einschlusskriterium begründet werden, dass die Proband/inn/en mindestens die zweite Rehabilitation mit ihrer Hauptdiagnose absolvieren und sich somit bereits in einem höheren Alter befinden, als erwartet.

Frage drei und somit ein wesentlicher Bestandteil der Fragebogenerhebung war die Befragung nach der Hauptdiagnose für die derzeitige Rehabilitation. Wie aus Kapitel 3 Ergebnisse bereits bekannt, wurde dieser Frage ein Vermerk beigefügt, dass nur eine Antwort möglich ist. Die überwiegende Mehrheit der Proband/inn/en gaben, wie gefordert, eine Antwort als Hauptdiagnose an. Drei Personen markierten fälschlicherweise mehr als die eine geforderte Hauptdiagnose. Dies führte zu einer erschwerten Auswertung der Daten, da somit nicht klar ersichtlich war, welche der angegebenen Diagnosen für den Probanden/ die Probandin der Hauptgrund für die derzeitige Rehabilitation war.

Die darauffolgende Frage vier ließ den Proband/inn/en die Möglichkeit, alle weiteren bekannten Diagnosen auszufüllen. Sieben der elf Teilnehmer/innen füllten diese Frage exakt gleich aus, wie bei der Beantwortung der Hauptdiagnose. Diese Antworten bestanden sowohl aus nur einer Zusatzdiagnose als auch aus mehreren, ausgewählten Diagnosen. Eine Frau beantwortete diese Frage zusätzlich zu ihrer Hauptdiagnose mit Adipositas. Alle weiteren Proband/inn/en gaben eine Zusatzdiagnose an oder tätigten keine Angaben. Daraus lassen sich Rückschlüsse ziehen, dass einige Proband/inn/en nur eine bekannte Diagnose besitzen und keine weiteren Diagnosen gestellt bekommen haben bzw. keine weiteren Erkrankungen vorhanden sind.

Frage fünf thematisierte die Reha-Ziele der Teilnehmer/innen. Die Ergebnisse waren sehr eindeutig, denn ein überwiegender Teil der Proband/inn/en wählten mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung als Ziel aus. Auch ein besserer Umgang mit Stress wurde dreimal ausgewählt. Eine Person ergänzte als Ziel noch „Gewichtsabnahme“.

Wie bereits vorab erwähnt, wurden die Frage sechs und sieben als Schlüsselfrage gestellt, um kontrollieren zu können, dass die erhaltenen Fragebögen die Einschlusskriterien erfüllen und somit in die Auswertung integriert werden konnten. Interessant waren die Ergebnisse der bisher absolvierten Rehabilitationen mit der Hauptdiagnose, denn durchschnittlich wurden bisher 2,27 Rehabilitationen bei den Frauen und Männern durchgeführt. Jedoch ist zu beachten, dass die mehrfach gegebenen Antworten zwischen einer und drei Rehabilitationen liegen und somit „fünf“ als Ausreißer angesehen wird.

Ebenso wurde die Frage acht als Differenzierungsfrage angesehen. Diese erfragte, ob die Proband/inn/en bei der letzten Rehabilitation gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Anschlusszeit an die Rehabilitation erhalten haben. Acht Proband/inn/en beantworteten diese Frage mit „Ja“ und wurden angehalten, den weiteren Fragebogen planmäßig weiterzuführen. Dies führte nun dazu, dass sich die Stichprobengröße der Fragen neun bis zwölf

auf acht gesenkt hatte. Da jedoch zwei Frauen und ein Mann diese Frage mit „Nein“ beantworteten, war die verkleinerte Stichprobengröße mit vier Frauen und vier Männern geschlechterspezifisch ident und somit gut vergleichbar.

Infolgedessen beschäftigte sich die nächste Frage mit den erhaltenen, gesundheitsfördernden Maßnahmen der vorangegangenen Rehabilitation. Diese wurden relativ ausgeglichen beantwortet, jedoch erlangte „erhaltene Kochrezepte“ etwas mehr Zuspruch. Zur Kontrolle wurde auch die Antwortmöglichkeit „keine Maßnahmen erhalten“ angegeben. So konnte gewährleistet werden, dass die Proband/inn/en die vorhergehende Frage richtig verstanden hatten.

Danach wurde erfragt, welche der Maßnahmen die Proband/inn/en nach dem Reha-Aufenthalt in den Alltag integrieren konnten. Neben den versuchten Kochrezepten wurde vor allem ein regelmäßiges Training von insgesamt fünf der acht Proband/inn/en ausgewählt.

Bei der Frage wie lange die gesundheitsfördernden Maßnahmen nach der Rehabilitation durchgeführt wurden, wurden nahezu alle Antwortmöglichkeiten ausgewählt. Somit gab es bei dieser Frage aufgrund der verringerten Stichprobengröße keine eindeutige Antworttendenz. Wie schon in Kapitel 3 Ergebnisse vermerkt, wurden „einige Wochen“, „länger als ein Jahr“ und „bis zum jetzigen Reha-Aufenthalt“ jeweils zweimal ausgewählt und „länger als ein halbes Jahr“ und „gar nicht“ einmal.

Daraufhin wurde noch die Frage gestellt, welche Gründe die Proband/inn/en angeben, ob es Gründe gab, die ein integrieren der gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag erschwert oder verhindert hätten. Der am häufigsten angegebene Grund war, überwiegend bei den Frauen, die fehlende Motivation. Drei Männer machten keine Angaben. Eine Frau ergänzte die offene Antwort: „Ich habe Haustiere“.

Frage 13 wurde nun wieder von allen Proband/inn/en beantwortet. Diese erfragte, welche Gründe die Teilnehmer/inn/en für die derzeitige Rehabilitation sahen. Acht der elf Proband/inn/en wollten ihr Wissen auffrischen. Mehr Bewegung und gesündere Ernährung folgten als weitere, häufige Antworten. Als offene Antworten wurden noch „Gewichtabnahme“ und „Motivation“ ergänzt.

Zuletzt war es interessant herauszufinden, wie die Proband/inn/en die Zeit nach der Rehabilitation einschätzen, also ob sie die gesundheitsfördernden Maßnahmen umsetzen können und wie sie ihre Antwort begründen. Mit einer Mehrheit von über 90% beantworteten die Proband/inn/en diese Frage mit „Ja“. Durch gesteigerte Motivation, neue Informationen und mit festen Zielen sind viele der Antworten durchwegs positiv und zielstrebig. Andere

Antworten sind vorsichtiger gehalten und begründen dies mit „ja, aber der Alltag bleibt ja erhalten“ oder „nein, weil ich keine Motivation habe, meinen inneren Schweinehund zu überlisten“.

Aus diesen Ergebnissen können nun die Forschungsfragen dieser Arbeit beantwortet werden.

Haben Teilnehmer/innen mit Lifestyle-Erkrankungen, die eine weitere Rehabilitation durchführen, gesundheitsfördernde Lebensweisen beibehalten?

Teilweise. Die Proband/inn/en gaben an, Kochrezepte, einen Trainingsplan, Heimübungsprogramme sowie Vorschläge für sportliche Aktivitäten und Stressbewältigungsstrategien als gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten zu haben. Auf die Frage, wie lange sie diese Maßnahmen durchgeführt haben, gaben die Teilnehmer/innen sehr unterschiedliche Antworten. Diese reichten von gar nicht, über einige Wochen und länger als ein halbes Jahr oder Jahr bis hin zum jetzigen Rehabilitationsaufenthalt. Die am häufigsten ausgewählten Antworten waren „einige Wochen“, „länger als ein Jahr“ und „bis zum jetzigen Reha-Aufenthalt“. Aufgrund der geringen Stichprobengröße und einer nicht klar definierbaren Mehrheit können hier jedoch nicht ausreichend wissenschaftlich relevante Schlüsse gezogen werden.

Welche Beweggründe geben die Teilnehmer/innen für eine weitere Rehabilitation an?

Die häufigste Antwort der Teilnehmer/innen lautete, dass sie ihr Wissen auffrischen wollten. Ebenso wurden gesünder ernähren und mehr bewegen sehr oft ausgewählt. Auch einen gesunden Umgang mit Stress zu erlernen war einigen Teilnehmern/Teilnehmerinnen wichtig. Die Proband/innen ergänzten auch „Motivation“ und „Gewichtsabnahme“ als Gründe für die weitere Rehabilitation, denn eine fehlende Motivation kann nach Deck und Theissing (2016) eine Hürde bei der Umsetzung der Maßnahmen darstellen (Deck & Theissing, 2016). Daher ist vor allem der Wille, einen gesundheitsbewussten Lebensstil und einen gesunden Umgang mit Stress erlernen zu wollen, für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation von großer Bedeutung (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018).

4.1 Limitation

Zu Beginn der Durchführung der zweiten Bachelorarbeit lag der Fokus auf der Erstellung des Fragebogens für die Erhebung. Als Grundlage für den Aufbau der Fragestellungen wurden Fachbücher herangezogen. Ziel war es, die Fragen so zu formulieren, dass die Ergeb-

nisse der Erhebung die Forschungsfragen optimal beantworten konnten. 13 Fragen, aufgeteilt auf vier Seiten, um eine gute Lesbarkeit zu gewährleisten, erwies sich als die beste Variante zur Erreichung des Ziels.

Der Fragebogen wurde samt Einverständniserklärung an die Sonderkrankenanstalt Alland zur Korrektur gesendet, mit der zusätzlichen Bitte um Festlegung eines Termins für die Testung. Nach Absenden der Mail an die Sonderkrankenanstalt Alland Anfang November war geplant, die Erhebung Ende November durchzuführen. Durch eine verlängerte Wartezeit auf die Antwort konnte die Erhebung erst am 13. Dezember 2019 durchgeführt werden.

Am Tag der Fragebogenerhebung lud Frau Prim. Dr. Francesconi die anwesenden Personen ein, die vorliegende Arbeit durch das Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen. Es wurde angemerkt, dass es wichtig sei, bereits eine Rehabilitation durchgeführt zu haben. Jedoch wurde auf Nachfrage der anwesenden Personen, ob es egal ist in welchem Bereich die vorangegangene Rehabilitation stattfand, geantwortet, dass dies egal sei. In weiterer Folge führte dies dazu, dass, wie bereits erwähnt, acht der 19 Fragebögen nicht den Einschlusskriterien der Erhebung entsprachen und somit aus der Auswertung ausgeschlossen werden mussten.

Bei der Erhebung selbst sind einige Fehlerquellen aufgefallen. Zunächst wurde schnell festgestellt, dass zu wenige Stifte vorhanden waren, daher mussten einige Teilnehmer/innen warten bzw. könnten gegangen sein. Des Weiteren wurde bemerkt, dass es einige sprachliche Barrieren gab. Zum einen durch eine diverse Sprachenvielfalt der Proband/inn/en vor Ort. Ein Mann sprach zB nur Englisch, vervollständigte jedoch den gesamten Fragebogen ohne Nachfrage. Eine Frau übersetzte sich den gesamten Fragebogen mithilfe eines Übersetzungsprogrammes am Smartphone. Zum anderen gab es Verständnisprobleme, die zu einigen Fragen der Proband/inn/en führten, die nach Erklärung beantwortet werden konnten bzw. ohne Nachfrage übersprungen wurden. Auch die Einverständniserklärung wurde in manchen Fällen erst auf hinweisen unterzeichnet, da sie oft übersehen wurde.

Für die Auswertung wurde, wie bereits in Kapitel 2 Methodik dargelegt, ein Mehrfachantwortset in SPSS erstellt. Da nur sehr wenige Proband/inn/en eine offene Antwort gaben, konnte dieses angewendet werden, führte jedoch zu einem sehr langen Suchprozess, wie hiermit Grafiken erstellt werden konnten. Letzten Endes erschien eine grafische Auswertung mit Microsoft Excel am besten geeignet, da so ein einheitliches Bild gewährleistet werden konnte.

Bei der Eingabe der Antworten in SPSS sind bereits einige Abweichungen der Vorgaben aufgefallen. Manche Teilnehmer/innen gaben nicht eine, sondern mehrere Hauptdiagnosen

an. Dies könnte sich dadurch erklären lassen, dass die Frage nach den zusätzlichen Diagnosen auf der nächsten Seite gefragt wurde und somit ein Bedürfnis der Kundgebung aller bekannten Diagnosen aufkam.

Bei der Frage nach den Zusatzdiagnosen wurde sehr häufig die gleiche Diagnose bzw. gleichen Diagnosen angegeben, wie bereits bei Frage drei nach der Hauptdiagnose. Einige Proband/inn/en gaben die gleiche Diagnose als Zusatzdiagnose an, daher wäre eine Angabe der Antwortmöglichkeit „Ich habe keine weiteren bekannten Diagnosen“ sinnvoll gewesen.

Bei der Auswertung der Frage acht und darauffolgende kam es zu einer Diskrepanz der gegebenen Antworten. Drei Teilnehmer/innen beantworteten die Frage, ob sie Maßnahmen erhalten hatten mit „Nein“, jedoch übersprang nur eine Teilnehmerin, wie angewiesen, die folgenden Fragen bis inklusive Frage zwölf. Die weiteren zwei Proband/inn/en beantworteten dennoch die Folgefragen, was zu einer anfänglichen Verfälschung der Daten führte. Nach einer Korrektur der fehlerhaften Eingaben konnte die Auswertung der Daten wie vorgesehen durchgeführt werden.

Frage dreizehn wurde als offene Frage gestellt, um die individuellen Einschätzungen der Teilnehmer/innen zu erhalten. Über 90% beantworteten die Frage, ob sie glauben, die Maßnahmen nach der Rehabilitation umsetzen zu können, mit „Ja“. Hierbei könnte es sich jedoch auch um eine Antwort der sozialen Erwünschtheit handeln. Sie versteht eine Tendenz der Versuchsperson, den Fragebogen in jene Richtung zu beantworten, um ihrer Meinung nach den sozialen Normen zu entsprechen. Sie kann Personen durch Furcht vor sozialer Verurteilung zu einem Antwortverhalten der gewünschten Erwartungen motivieren um somit unerwünschte Merkmale zu verbergen (Raab-Steiner & Benesch, 2015).

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Ausgehend vom Ziel dieser Bachelorarbeit herauszufinden, ob Menschen mit Lifestyle-Erkrankungen in der vergangenen Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten haben bzw. welche Gründe für die neue Rehabilitation angegeben werden, konnten folgende Ergebnisse festgestellt werden: Der überwiegende Teil der Proband/inn/en dieser Erhebung gaben an, in der vorher absolvierten Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten zu haben. Diese waren Kochrezepte, ein Trainingsplan, Heimübungsprogramme sowie Vorschläge für sportliche Aktivitäten und Stressbewältigungsstrategien. Die Maßnahmen wurden von gar nicht, über einige Wochen und länger als ein halbes Jahr oder

Jahr bis hin zum jetzigen Rehabilitationsaufenthalt durchgeführt. Eine eindeutige Antworttendenz war nicht ersichtlich.

Die Gründe für die laufende Rehabilitation wurden unter anderem in Wissen auffrischen, gesünder ernähren und mehr bewegen gesehen. Dies bestätigt vor allem die Ansichten von Thimmel, Schubert und Viehmeier (2018), dass der Wille, einen gesundheitsbewussten Lebensstil erlernen zu wollen, unerlässlich für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation ist (Thimmel, Schubert, & Viehmeier, 2018). Es ist jedoch anzumerken, dass durch die geringe Stichprobengröße die Ergebnisse dieser Fragebogenerhebung nur eingeschränkt signifikant sind.

Eine Erhebung der Daten in allen Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunkt der Stoffwechsel- und Herz-Kreislauferkrankungen in Österreich wäre sinngemäß, da durch zielgerichtete Befragungen klare und wissenschaftlich relevante Ergebnisse erzielt werden könnten. Eine Umsetzung der Befragung mittels Online-Fragetool ist empfehlenswert, da somit Fehlerquellen wie ein falsches Ausfüllen verhindert werden können. Ebenso könnte automatisch ein vorgegebener Teil übersprungen werden, wenn dies vorab eingestellt wurde. Auch eine Befragung, welche Wünsche Rehabilitand/inn/en an das Rehabilitationszentrum haben, könnte neue Einblicke offenbaren. Durch die Ergebnisse könnten personalisierte gesundheitsfördernde Maßnahmen noch besser an den/die Patient/inn/en angepasst werden und somit die Rehabilitation in ihrer Nachhaltigkeit gefördert werden.

6 Literaturverzeichnis

Ammer, K. (2014). Ist Rehabilitation die bessere Medizin für das Gesundheitswesen? *Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation*, 24(1), 3–5.

Bauer, B., Beck, P., Ebenbichler, C., Geißler, W., Griebler, R., Hopfinger, P., Juchum, M., Kautzky-Willer, A., Lechleitner, M., Ludvik, B., Luger, A., Mayer, A., Nagy, H., Oberaigner, K., Oberaigner, W., Pieber, T., Rabady, S., Roden, M., Schönherr, H.-R., Semlitsch, B., Weitgasser, R., Winkler, P., Wolfrum, E. (2013). *Zivilisationskrankheit Diabetes Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen ; österreichischer Diabetesbericht 2013*. Bundesministerium für Gesundheit. <https://repository.publisso.de/resource/fri:5466109>

Bischoff, S. C. (2018). Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas—Bei Erwachsenen. In *Adipositas: Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis* (1., S. 16–18). De Gruyter GmbH.

Body Mass Index. (2014). Statistik Austria. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html

Body mass index. (2019). World Health Organization - Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3., aktualisierte Auflage). Pearson Deutschland GmbH.

Cetin, C., & Baumgartner, I. (2004). Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). *Swiss Medical Forum*, 4(09), 216–223. <https://doi.org/10.4414/smf.2004.05128>

Deck, R., & Theissing, J. (2016). Nachsorge. In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 251–260). Springer-Verlag.

- Dorner, T. E. (2016). Adipositasepidemiologie in Österreich. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 166(3), 79–87. <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0409-y>
- Ebenbichler, G. (2015). Zum Stellenwert der stationären Rehabilitation in Österreich. *Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation*, 25(1), 5–10.
- Falk, J., Haaf, H.-G., & Brünger, M. (2018). Rehabilitation von Menschen mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Kontext aktueller Leitlinien. Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. *Die Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1055/a-0620-6911>
- Harth, W., & Hillert, A. (2007). Zivilisatosen. *Der Hautarzt*, 58(10), 864–869. <https://doi.org/10.1007/s00105-007-1373-2>
- Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., Heintze, C., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M., Wabitsch, M., & Wirth, A. (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 08(04), 179–221. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1618857>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.). (2018). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018* (S. 133) [Jahresbericht]. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.683681&viewmode=content>
- König, D. (2017a). Bewegung, Übergewicht und Adipositas. In *Körperliche Aktivität und Gesundheit—Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 189–198). Springer-Verlag.
- König, D. (2017b). Bewegung und metabolisches Syndrom. In *Körperliche Aktivität und Gesundheit—Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 159–172). Springer-Verlag.
- Kulzer, B. (2015). Behandlung der Adipositas bei Diabetes mellitus. In *Handbuch Esstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 567–580). Springer-Verlag.

Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., & Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*, 360(9349), 1903–1913.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11911-8)

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redán, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D. E., Jaarsma, T., Kirchof, P., Kjeldsen, S. E., Laurent, S., Manolis, A. J., Nilsson, P. M., Ruilope, L. M., ... Members, L. of authorsTask F. (2013). 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(10), 1925.

<https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328364ca4c>

Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). *Übergewicht und Adipositas* (1. Auflage, Bd. 59). Hogrefe Verlag.

Piper, W. (2013). Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In *Innere Medizin* (2. Auflage, S. 439–508). Springer-Verlag.

Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (4. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Rosenhagen, A. (2017). Bewegung und Gesundheit im Kindesalter. In *Körperliche Aktivität und Gesundheit—Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 123–138). Springer-Verlag.

Schmidt, M. (2016). Bewegungstherapie und Rehabilitation. *Manuelle Medizin*, 54(1), 46–49.

<https://doi.org/10.1007/s00337-015-0087-2>

Schröder, K., & Hamann, A. (2017). Bewegung und Diabetes mellitus. In *Körperliche Aktivität und Gesundheit—Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 173–188). Springer-Verlag.

- Slesina, W. (2007). Zur Bedeutung rehabilitativer Maßnahmen für die Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(1), 46–51. <https://doi.org/10.1007/s11553-006-0050-0>
- Steinacker, J. M., & Lesevic, H. (2017). Bewegung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In *Körperliche Aktivität und Gesundheit—Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 199–214). Springer-Verlag.
- Thimmel, R., Schubert, M., & Viehmeier, S. (2018). Nach der Rehabilitation. In *Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge—Für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 205–2016). Springer-Verlag.
- Warm, K., Metzler, M., & Glaser, J. (2018). Stoffwechsel und Verdauungstrakt. In *Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge—Für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 69–80). Springer-Verlag.
- WHO | *Cardiovascular diseases*. (2019). World Health Organization. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-hypertension-day-2019/en/
- WHO | *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. (2001, Mai 22). World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO | *Non communicable diseases*. (2018, Juni 1). <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wirth, A. (2015). Diagnostik und Ätiologie der Adipositas. In *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 357–370). Springer-Verlag.

A Anhang

Fragebogenerhebung

Kerstin Prock, Bachelor Physiotherapie FH St. Pölten

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank, dass Sie an meiner Studie „Fragebogenerhebung bezüglich Ursachen mehrfacher Rehabilitationsaufenthalte von Personen mit Lifestyle-Erkrankungen“ teilnehmen. Ich ersuche Sie, die Fragen ehrlich zu beantworten. Selbstverständlich wird der Fragebogen anonymisiert ausgewertet.

Fragebogen

- 1) Bitte kreuzen Sie Ihr Geschlecht an.
 - Weiblich
 - Männlich
 - Ich möchte keine Angabe machen

- 2) Bitte geben Sie Ihr Alter (in Jahren) an.

- 3) Mit welcher Hauptdiagnose absolvieren Sie die derzeitige Rehabilitation?
(Nur eine Antwort möglich)
 - Metabolisches Syndrom
 - Adipositas
 - Diabetes Mellitus Typ I Typ II weiß nicht
 - Schaufensterkrankheit (PAVK)
 - (Arterielle) Hypertonie
 - Koronare Herzerkrankung
 - Sonstiges: _____

4) Haben Sie weitere bekannte Diagnosen?

(mehrere Antworten möglich)

- Metabolisches Syndrom
- Adipositas
- Diabetes Mellitus Typ I Typ II weiß nicht
- Schaufensterkrankheit (PAVK)
- Arterielle Hypertonie
- Koronare Herzerkrankung
- Sonstiges: _____

5) Welche Reha-Ziele haben Sie?

(mehrere Antworten möglich)

- Ich möchte mich mehr bewegen
- Ich möchte mich gesünder ernähren
- Ich möchte einen gesunden Umgang mit Stress erlernen
- Ich habe mir keine konkreten Ziele gesetzt
- Sonstiges: _____

6) Wie viele Reha-Aufenthalte hatten Sie bisher ohne die derzeit laufende Rehabilitation?

7) Wie viele Reha-Aufenthalte haben Sie bisher mit Ihrer Hauptdiagnose ohne die derzeit laufende Rehabilitation absolviert und wann (Jahr)?

_____, _____ (Jahr)

8) Haben Sie bei der letzten Rehabilitation gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Heimübungsprogramm o.ä.) für die Zeit nach der Reha erhalten?

- Ja
- Nein (Wenn nein, bitte bei Frage 13 fortfahren)

9) Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen haben Sie erhalten?

(mehrere Antworten möglich)

- Trainingsplan (z.B. Ausdauertraining, Krafttraining o. ä.)
- Heimübungsprogramm/-vorschläge
- Vorschläge für sportliche Aktivitäten (z.B. Walkinggruppen, ...)
- Kochrezepte
- Einkaufstipps
- Stressbewältigungsstrategien
- Rauchentwöhnung
- Ich habe keine dieser Maßnahmen erhalten
- Sonstige: _____

10) Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen haben Sie im Alltag zu Hause/nach dem Reha-Aufenthalt integrieren können?

(mehrere Antworten möglich)

- Regelmäßiges Training
- Regelmäßiges Durchführen des Heimübungsprogrammes
- Ich habe sportliche Aktivitäten gefunden
- Ich habe Kochrezepte versucht
- Ich habe die Tipps beim Einkaufen umsetzen können
- Ich kann besser mit Stresssituationen umgehen
- Ich habe meinen Rauchkonsum verringert bzw. ganz aufgehört
- Keine
- Sonstige: _____

11) Wie lange haben Sie diese gesundheitsfördernden Maßnahmen durchgeführt?

(nur eine Antwort möglich)

- einige Wochen
- einige Monate
- länger als ein halbes Jahr
- länger als ein Jahr
- bis zum jetzigen Reha-Aufenthalt
- gar nicht

12) Gibt es Gründe, die ein Durchführen der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alltag erschwert oder verhindert haben?

(mehrere Antworten möglich)

- Ich habe Angst vor Fehlern bei der Umsetzung
- Ich habe Probleme meine Alltagsroutinen zu ändern
- Mir fehlt die Motivation
- Ich bin zu stark im Beruf gefordert
- Ich schaffe es durch familiären Stress nicht (z.B. Hausarbeit)
- Ich habe keine Zeit für das Training/die Übungen
- Sonstiges: _____

13) Welche Gründe geben Sie für die derzeit laufende Rehabilitation an?

(mehrere Antworten möglich)

- Ich möchte mein Wissen auffrischen
- Ich möchte keine Angst mehr vor Fehlern haben
- Ich möchte mich mehr bewegen
- Ich möchte mich gesünder ernähren
- Ich möchte mit Stresssituationen besser umgehen können
- Mein Gesundheitszustand hat sich verschlechtert
- Sonstiges: _____

14) Glauben Sie, dass Sie nach der derzeit laufenden Rehabilitation die gesundheitsfördernden Maßnahmen umsetzen können?

- Ja, weil _____

- Nein, weil _____