



Bilder: Shutterstock ©perfectlab, ©wavebreakmedia

# Bindung statt Drop out!

Zufriedene Kunden im Rehasport setzen ein paar Anstrengungen voraus

**Warum ist das Generieren zufriedener Kund(inn)en im REHA-Bereich eigentlich so schwierig? Gleich zu Beginn eine Story, die ein Licht auf die gängige Praxis wirft.**

*Herr Müller hat von seinem Arzt ein rosa Formular bekommen mit dem kurzen Hinweis, er müsse endlich mal ein wenig Sport treiben. Er wollte doch aber eigentlich ein Rezept für die Physiotherapie, damit sich ein Therapeut um seine Rückenschmerzen kümmern kann, die ihn nun schon seit einigen Wochen den Schlaf rauben. Doch was es mit dem Formular und dem sogenannten Rehasport tatsächlich auf sich hat, davon hat Herr Müller keine Ahnung. Aber er weiß, dass er zur Krankenkasse gehen soll, damit es genehmigt wird und diese die Kosten für die 50 Übungseinheiten übernimmt. Dort erhält Herr Müller eine Liste mit Einrichtungen, die Rehasport anbieten. Herr Müller entscheidet sich für eine Physiotherapieeinrichtung. Da wird er ja hoffentlich seine Massagen bekommen.*

*Als er ein paar Tage später in die Einrichtung kommt wird ihm zu seiner großen Überraschung an der Anmeldung nur gesagt, dass es sich um einen Gruppengymnastikkurs mit 15 Gleichgesinnten handelt, der zu festen Zeiten stattfindet. Damit hat er nicht gerechnet und ist nicht sehr erfreut. Aber er probiert es aus, wurde ja schließlich vom Arzt verordnet.*

*Wohl fühlt er sich in dem Kurs nicht. Er hat nicht das Gefühl, dass der Kursleiter auf sein Krankheitsbild eingeht. Dieser kennt nicht einmal Herr Müllers Diagnose. Wie auch, es hat ja niemand mit ihm darüber gesprochen. Nach zwei Wochen hat Herr Müller genug und er bricht den Rehasport ab.*

**Fazit:** Herr Müller ist frustriert. Es interessiert sich offensichtlich niemand für seine Diagnose oder klärt ihn auf. Somit konnte er kein Vertrauen aufbauen = Drop out statt Bindung!

**Dieser Artikel heißt genau anders herum: Bindung statt Drop out. Also, was kann man aus dem Fall lernen?**

Erst neulich bin ich mit dem Thema Bindung auf einer anderen Ebene in Kontakt gekommen. Ich bin zum ersten Mal Tante geworden. Meine Schwägerin erzählte mir, dass es der schönste und innigste Moment war, als ihr das Baby direkt nach der Geburt auf die Brust gelegt wurde. Dieses Bonding, also der direkte Hautkontakt, bedeutet nichts anderes als Bindung und wird in den meisten Geburtskliniken als eines der wichtigsten Maßnahmen direkt nach der Geburt angesehen. Das Urvertrauen der Babys in die Welt wird dadurch sofort positiv geprägt. Studien zeigen sogar, dass Kinder, die ein intensives Bonding erlebt haben, auch später selbstbewusster sind und oft besser mit dem Leben zurechtkommen.

Bei Bindung im Rehasport geht es im Prinzip um dieselbe Sache. Fühlt sich der Teilnehmer nicht verstanden oder angenommen, kann er keine Bindung und kein Vertrauen aufbauen. Er wird die Maßnahme früher oder später abbrechen.

Wie gebunden sind Rehasportler überhaupt? Ist das Beispiel von Herrn Müller nur ein vereinzelt negatives Beispiel? Die Antworten dazu soll eine wissenschaftliche Studie liefern.

**Studie: Wie „treu“ sind Rehasportler?**

Die Idee zur Studie entstand mit den Überlegungen der Flowcon Unternehmensberatung und des Vereinsnetzwerks der Gesundheits- und Rehasportvereine, mit der Frage, in welchem Maße Personen an den Rehasport gebunden sind und was das für Auswirkungen auf die Drop-out Quote hat. In der Praxis gibt es dazu eine Vielzahl von Erfahrungen. Doch lassen sich diese auch wissenschaftlich nachweisen?

Ältere Untersuchungen ergaben, dass im angeleiteten Gesundheitssport ca. 50 Prozent der Teilnehmer die Maßnahme vorzeitig abbrechen (Wagner, 2007). Wie das Ganze speziell im Rehasport aussieht, dazu gibt es bislang weder Studien noch Erhebungen.

Hannah Spielmann, Absolventin der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen im Bereich Gesundheitsförderung, nahm die Herausforderung an und setzte sich mit einer der führenden Abrechnungsfirmen in Deutschland in Verbindung, um Datensätze der Rehasportler zu erhalten. Insgesamt konnten 15.197 Datensätze von Rehasportlern aus Baden-Württemberg genutzt werden, um das Thema zu untersuchen (Spielmann, 2015).

**Bindung** wird verstanden als die Aufrechterhaltung einer aufgenommenen sportlichen Aktivität und wird von Autorin Hannah Spielmann über die Teilnahmehäufigkeit, die Teilnahmedauer und die Teilnahmefrequenz definiert (Wagner, 2007, Pahmeier 1994)

Der Begriff **Drop out** umfasst den Abbruch des Sportverhaltens (Wagner, 2007).

Als theoretisches Fundament wählte Frau Spielmann zwei Modelle der Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (DiClemente, Prochaska, 1992) und das Berliner Stadien Modell (Fuchs, 2003). Diese Modelle aus der Verhaltenspsychologie beschreiben, wie Bindung im Kontext gesundheitlichen Verhaltens entsteht.

Beide Modelle erklären dabei die Bindung als einen langfristigen Prozess, der mehrere Stadien umfasst. Die Modelle belegen, dass Interventionen zur Bindung auf die Person und

explizit auf ihr befindliches Stadium angepasst werden müssen. Das schont Zeit und Ressourcen und steigert die Effektivität der Maßnahmen.

Die vorliegenden Daten der Rehasportler wurden bezüglich ihrer Bindungsintensität ausgewertet. Alle Probanden wurden auf Basis von vier verschiedenen Parametern (Teilnahmehäufigkeit, Teilnahmedauer, Teilnahmefrequenz sowie Maximalabstand zwischen aufeinanderfolgenden Teilnahmen) eingestuft. Bis zu einer Punktzahl von 10 handelt es sich um Personen, die von Drop out bedroht sind. Über 10 Punkte ist eine deutlich stärkere Bindung zu erkennen.

Offensichtlich wird dies auch von einem Großteil der Rehasportler umgesetzt.

Die Rehasportler nahmen im Schnitt alle 11,8 Tage an einer Einheit teil. Diesen Wert gilt es definitiv zu verbessern. Empfohlen werden trainingswissenschaftlich zwei Übungseinheiten pro Woche, um überhaupt einen positiven gesundheitlichen Effekt zu erreichen.

Bei einem Training für 45 Minuten alle elf bis zwölf Tage kann man nicht von einem positiven Effekt ausgehen.

Die Folge bei den Rehasportlern: erhöhtes Drop out, frei nach dem Motto:

Wenn es nichts bringt, dann kann ich es auch gleich lassen.

Dehn-Hindenberg fand heraus, dass es Patienten in der Therapie wichtiger ist, dass sich jemand Zeit für sie nimmt und sie verstehen soll, als die Verbesserung der Beschwerden. Und das schafft man nur, wenn man Vertrauen aufbaut, denn: Alles Reden ist sinnlos, wenn das Vertrauen fehlt.

Hindenberg, 2008) wurde ein an das Case-Management im Pflegebereich angelehntes Konzept entwickelt – die Rehasportsprechstunde. Dieses Konzept soll dazu beitragen, die Nachhaltigkeit des Rehasports zu steigern, in dem die Bindung der Rehasportler gesteigert wird.

Wie läuft die Rehasportsprechstunde ab?

Zu Beginn steht das persönliche Gespräch an einem diskreten Ort. Es klärt die Teilnehmer auf, was der Rehasport konkret ist, was er leisten kann und wo seine Grenzen sind. Durch die Frage nach den medizinischen sowie persönlichen Zielen der Teilnehmer wird schnell klar, dass zu deren Erreichung der Rehasport alleine meist nicht ausreicht.

Es muss deswegen auch erklärt werden, welche zusätzlichen Möglichkeiten der Teilnehmer in der Einrichtung hat. Die Motivation zum Rehasport kann extrinsisch oder intrinsisch sein, oder eine Mischung davon. Bei der extrinsischen Motivation wird der Teilnehmer von außen, z. B. durch die Verordnung vom Arzt, motiviert. Dabei handelt es sich meist um Zustände, die man nicht mehr haben will, also die Schmerzen und Einschränkungen. Die intrinsische Motivation kommt von innen heraus und man hat hier das Ziel, nicht von etwas weg, sondern zu etwas hin zu kommen. Dies sind meist persönliche Ziele, z.B. wieder Motorrad fahren zu können.

Sind die Teilnehmer nur extrinsisch motiviert, dann ist meist das Durchhaltevermögen der Maßnahme eingeschränkt. An dieser Stelle kommt wieder das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ins Spiel.

Man muss bei diesem Gespräch herausfinden, auf welcher Stufe der Verhaltensänderung sich der Rehasportler befindet. Wenn er bei Sorglosigkeit oder Bewusstwerden steht, dann wird er sich nicht gut binden lassen. Erst ab Stufe 3 (Vorbereitung) kann es zu einer echten Bindung kommen.

Außerdem dient das Gespräch dem Framing, wir haben es für uns mit „Leitplankenpädagogik“ übersetzt.



### Bindungsintensität von Rehasportlern

Punkte	Bindung	
0-6	Keine Bindung, keine Bindungstendenz	Drop out
7-10	Keine Bindung, Bindungstendenz vorhanden	
11-14	Leichte Bindung	Bindung
15-18	Starke Bindung	
19-20	Sehr starke Bindung	

Frau Spielmann konnte als wichtigste Erkenntnisse aufdecken, dass 71 Prozent der Rehasportler gebunden sind. Diese Zahl überraschte alle Beteiligten, da man ja die 50 Prozent Bindung von Wagner (2007) im Kopf hatte. Damit kann man sagen, dass der Rehasport im Großen und Ganzen sein Ziel erfüllt, nämlich, dass die Menschen zum größten Teil an den Kurs gebunden sind.

Man muss allerdings dann doch noch etwas genauer hinschauen, um nicht ganz überschwänglich zu reagieren. Denn der Durchschnitt der Punktwertung lag bei 12,6 Punkten, also bei einer leichten Bindung. Das bedeutet zwar, dass sich der Großteil der Personen gebunden fühlt, aber auf einer eher instabilen Basis.

Die Teilnehmer nahmen im Durchschnitt an 28,9 Kursstunden teil, also etwas mehr als die Hälfte einer Verordnung mit 50 Übungseinheiten.

Im Schnitt wurde der Rehasport über 288,6 Tage durchgeführt. Das sind reichlich 9 Monate. Dies verweist auf die Aussage des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung, bei der davon ausgegangen wird, dass man ein Verhalten mindestens sechs Monate durchhalten muss, damit es stabil im Alltag integriert ist. Der Rehasport bietet mit seinen 50 Übungseinheiten, anders als z. B. der Präventionssport, diese Voraussetzungen.

Was die meisten allerdings nicht verstehen, dass es sehr wohl was bringen würde, wenn sie zweimal pro Woche die Möglichkeit hätten, eventuell auch mit sozialer Unterstützung, und nicht alle elf Tage.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass man mit dem Rehasport in der Umsetzung auf einem guten Weg ist. Das Ziel der Anbieter sollte es nun sein, die Prozentzahl der gebundenen Personen zu erhöhen und die Bindung qualitativ zu verbessern.

Die Flowcon Unternehmensberatung und das Netzwerk der Gesundheits- und Rehasportvereine hat diese erste Studie zu dieser Thematik erstellen lassen und inhaltlich begleitet. Wichtig ist nun, dass sich weitere Studien anschließen, um noch mehr über die Bedürfnisse der Rehasportler zu erfahren und die Bindungswerte verbessern zu können.

Ein Konzept, um genau dies zu erreichen, ist die Rehasportsprechstunde. Sie ist in Anlehnung an die Studienergebnisse und aus unserer jahrelangen Praxiserfahrung mit dem Rehasport entstanden ist.

### Rehasportsprechstunde

Angeregt durch Modelle und Studien, wie das bereits genannte Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung oder die Patientenbedürfnisstudie von Dehn-Hindenberg (Dehn-



Mit Rehasport werden nur 50 Prozent des Ziels erreicht, für die anderen 50 Prozent sind Eigenleistungen nötig

»»» Konkret heißt das, der Rehasportler wird klar und deutlich darauf hingewiesen, dass bei wiederholter unentschuldigter Nichtteilnahme sein Platz weiter vergeben wird und sein Arzt und die Krankenkasse einen Hinweis zum Abbruch erhalten. Dies ist vor allem bei extrinsisch motivierten Personen hilfreich. Intrinsisch motivierte Personen benötigen diese Form meistens nicht, da sie sich von innen heraus selbst motivieren und diesen äußeren Druck zur Aufrechterhaltung der Verhaltensweise nicht benötigen.

Bei Herrn Müller würde das die Hemmung erhöhen, die Maßnahme bereits nach kurzer Zeit abzubrechen, bevor eine Besserung seiner Beschwerden überhaupt eintreten kann. Herr Müller müsste ja sonst seinem Arzt den Abbruch des Rehasports erklären und was ist, wenn die Krankenkasse wegen des Abbruchs Probleme beim Kurantrag macht?

Die zweite Rehasportsprechstunde findet gegen Ende der Rehasportmaßnahme (nach ca. 45 Einheiten). Sie hat als terminierten Zweitkontakt das Ziel, die Rehasportler auf die weiteren Versorgungsmöglichkeiten hinzuweisen bzw. zu beraten, was für ihre derzeitige Situation konkret sinnvoll wäre. In diesem Rahmen sollte es zu einer Zufriedenheitsabfrage der bisherigen Maßnahmen kommen und zu einer Verstärkung des positiven Erlebens.

### Praktische Erfahrungen von Partnereinrichtungen

Die ersten praktischen Erfahrungen kommen von einer Fitness Einrichtung aus einer Kleinstadt mit fast 8.000 Einwohnern. Diese Einrichtung setzt seit Beginn des Rehasports die Rehasportsprechstunde um und kann damit große Erfolge verbuchen. Wie machen die Mitarbeiter das konkret? Darüber hat uns die In-

haberin und Geschäftsführerin berichtet. Die Teilnehmer kommen mit der Verordnung vom Arzt in die Einrichtung. Diese Verordnung wird sofort auf die wichtigsten Dinge (Diagnose, Unterschrift vom Arzt, Genehmigung der Krankenkasse) geprüft und es wird mit der Person ein Termin zur Rehasportsprechstunde vereinbart. Für die Inhaberin ist das wichtigste Ziel dieses ca. 30-minütigen Gesprächs mit dem neuen Rehasportler, eine Vertrauensbasis aufzubauen.

### Dazu wird sehr genau auf die Diagnose eingegangen.

Der potentielle Rehasportler bekommt die Möglichkeit, einfach mal zu erzählen. Erfahrungsgemäß nutzen die meisten Menschen diese Gelegenheit sehr intensiv. Wo hat man schon mal die Möglichkeit, ausführlich über sein Befinden zu berichten? Der Arzt hat keine Zeit und das Umfeld interessiert es im schlimmsten Fall nicht.

Bei diesem Gespräch werden auch die Nebenerkrankungen, die nicht auf der Verordnung vermerkt sind, aber dennoch für die Therapie wichtig sind, aufgedeckt. Zusätzlich versuchen die Mitarbeiter, Brücken zu schaffen (Woher kennen sie die Einrichtung?) und ganz genau zuzuhören (Was ist der Person wichtig?). Denn eine gute Beziehung ist das A und O. Dazu ist es auch wichtig, Verständnis für die Lebensumstände der Person zu zeigen. Mit dem Erleben der ersten Rehasportsprechstunde ist der erste Schritt zur Bindung getan: Die Person hat Vertrauen aufgebaut und das Gefühl, in der richtigen Einrichtung angekommen zu sein.

### Als nächstes Thema werden die persönlichen Ziele angesprochen.

Meistens wird hier die Schmerzlinderung in Kombination mit einem Hobby oder einer Tätigkeit, die der Teilnehmer wieder uneingeschränkt ausführen möchte (z. B. Ski fahren) genannt. Und auch an dieser Stelle merken die Personen, dass es hier um mehr geht, als um das reine Verbessern der Beschwerden. Es geht um sie und um ihr individuelles Bedürfnis. Diese Erkenntnis und dieses Gefühl ist für viele neu und ungeheuer hilfreich – ein weiterer Beitrag zur Bindung und damit zum Durchhalten der Maßnahme.

### Im Anschluss an die Definition der persönlichen Ziele wird in die Tiefe der Beratung gegangen.

Die Therapeuten zeigen dem Rehasportler auf, dass man mit dem Rehasport allein (meist wird er ein- bis zweimal pro Woche verordnet) die Zielstellungen nicht erreichen kann. Dazu bedarf es in den meisten Fällen ergänzende Maßnahmen, wie z. B. den Muskelaufbau mit Hilfe von Geräten.

Eine gut funktionierende Argumentation der Einrichtung ist es darauf hinzuweisen, dass der Teilnehmer mit dem Rehasport nur 50 Prozent des Ziels erreichen kann und für die anderen 50 Prozent mit Eigenleistungen selbst verantwortlich ist. Diese Klarheit zu Beginn des Rehasport hilft den Patienten zu verstehen, was mit dem Rehasport erreicht werden kann und was nicht. Es werden keine Erwartungen geschürt, die dann nicht zu halten sind. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Rehasportler alle Möglichkeiten, die die Einrichtung zu bieten hat, aufzuzeigen, damit er sein persönliches Ziel erreichen kann. Die Entscheidung für die Selbstzahlerleistung liegt in der Verantwortung des Rehasportlers.

### Es ist auch wichtig im Rahmen des Gesprächs zu erfragen, ob der Arzt über den Rehasport ausreichend aufgeklärt hat.

Eventuell ist es nötig, falsche Erwartungen der Rehasportler zu korrigieren. Geschieht dies nicht, ist die Gefahr des Drop outs erhöht.

Großen Erfolg hat die Einrichtung dadurch, dass sie den Ablauf der Schmerzlinderung visuell darstellen. Es wird aufgezeigt, dass die Schmerztherapie häufig folgendermaßen abläuft: Im ersten Schritt verordnet der Arzt Medikamente, die eine Zeit lang auch helfen.

Bei einer erneuten Verschlechterung der Beschwerden wird meist auf physiotherapeutische Maßnahmen zurückgegriffen in Kombination mit Übungen zu Hause. Diese wirken, bis man die Übungen nicht mehr durchführt und der Schmerz zurückkommt.

**Dann steht als nächster Schritt der Rehasport an.**

Aber auch der kann nur einen Teil der Probleme lösen, den Rest muss der Patient in Eigenregie angehen, wobei ihm der Therapeut hilft und Empfehlungen ausspricht. Auch der Hinweis, wie teuer die Medikamente zum Schmerzstillen sind, helfen nach Erfahrungen der Einrichtung, um vielen die Augen zu öffnen und auch selbst einen finanziellen Beitrag zu leisten. Die Quote für Selbstzahlerleistungen liegt in der Einrichtung bei momentan 46 Prozent und soll noch weiter ausgebaut werden. Das bedeutet, dass fast die Hälfte der Rehasportler ein Zusatzangebot nutzt.

**Ein weiterer wichtiger Aspekt, den die Inhaberin hervorhebt, ist, dass man sich die Personen die in die Einrichtung kommen, ganz genau anschauen und individuell auf sie eingehen sollte.**

Der 88-jährigen Dame, die gerade so den Rehasport durchhält, braucht man nicht mit Gerätetraining zu kommen und zu sagen, dass sie sonst ihre Ziele nicht erreichen wird. Genauso bei den Personen, denen dieser erste Gang in die Einrichtung eh' schon schwer fällt. Diese sollte man erstmal in Ruhe lassen und ihnen dann nach vier bis sechs Wochen einen Termin anbieten, wenn sie sich in die Gruppe und die Einrichtung eingefunden haben. Sie sind dann meist offener für ein Gespräch. Während des Rehasports haken die Therapeuten, die das Gespräch geführt haben, auch wenn sie vielleicht nicht der Übungsleiter in der Gruppe sind, immer mal wieder bei den Rehasportlern nach, wie es läuft. Diese Aufnahmefähigkeit führt dazu, dass sich die Rehasportler ernst genommen fühlen und nicht untergehen. Und natürlich werden die Rehasportler in der Einrichtung sozial mit eingebunden. Sie werden genau wie die anderen Mitglieder zu Feiern eingeladen und über Aktionen informiert.

Das Gespräch im Rahmen der Rehasportsprechstunde 2 wird für die Rehasportler mit Zusatzmitgliedschaft durchgeführt und enthält neben den Fragen zur Qualitätssicherung auch ein Re-Testing mit Auswertung. Allen anderen Rehasportlern wird bei der 46. Übungseinheit ein Feedbackbogen in die Mappe gelegt, um eine Qualitätssicherung zu erreichen und Hinweise auf Probleme bzw. Verbesserungsmethoden zu erhalten. Zusätzlich werden alle Rehasportler über die Möglichkeiten der weiteren Teilnahme am Rehasport aufgeklärt. Ohne eine gebuchte Zusatzleistung ist die Bindung schwerer, sagt die Inhaberin. Denn dadurch hat die Einrichtung die Möglichkeit, die

Rehasportler während der Maßnahme gut zu betreuen und die Ziele zu kontrollieren, um ggf. einzugreifen bzw. nachsteuern zu können. Dies ist leider beim regulären Rehasport nicht in dieser Weise möglich.

Die zweite Einrichtung, die zum Thema Rehasportsprechstunde befragt wurde, ist eine Therapieeinrichtung im ländlichen Raum. Und auch hier wird oft die Erfahrung gemacht, dass die meisten Menschen innerhalb des 20-30 minütigen Gesprächs endlich mal alles loswerden können, was sie beschäftigt.

Ab und zu wird hierbei auch aufgedeckt, dass die Diagnose auf der Verordnung gar nicht zum Krankheitsbild passt. Da gibt es laut Verordnung „nur“ orthopädische Einschränkungen, es wird aber nirgends darauf hingewiesen, dass es sich um einen Schlaganfallpatienten handelt. Diese Information ist natürlich wichtig und wäre ohne das Gespräch verspätet oder möglicherweise gar nicht festgestellt worden. Auch in dieser Einrichtung wird das Gespräch terminiert und in einem separaten Raum durchgeführt. „An der Theke, schüttet dir niemand sein Herz aus“, so die Therapeutin. Eine ungestörte Gesprächsatmosphäre schafft Nähe und Vertrauen und sollte deshalb nicht unterschätzt werden.

Manchmal steht die Einrichtung vor dem Problem, dass die Teilnehmer gar keinen Termin möchten. Die Notwendigkeit wird allerdings ganz charmant damit begründet, dass der Teilnehmer ja in eine Gruppe möchte, die vorrangig sein Beschwerdebild im Fokus hat. Und nach dem Termin gab es bis jetzt in der Einrichtung nur positives Feedback zur Rehasportsprechstunde.

**Wie es mit Herrn Müller weiterging ...**

Herr Müller wurde von seiner Frau gebeten, nicht so schnell das Handtuch zu werfen und dem Rehasport noch eine Chance zu geben. Da seine Frau meistens Recht hat, hat Herr Müller einen weiteren Rehasportanbieter aufgesucht. Bei dem hat er in einem persönlichen Gespräch alles erklärt bekommen und weiß nun, was ihn erwartet.

Herr Müller hat verstanden, dass er selbst einen Beitrag dazu leisten muss, um wieder schmerzfrei zu sein und hat sich in Abstimmung mit seinem Therapeuten dafür entschieden, an zwei Tagen pro Woche zusätzlich an Geräten zu trainieren. Außerdem konnte er noch sein persönliches Ziel nennen, nämlich im Sommer wieder schmerzfrei Motorrad zu fahren. Und auf dieses Ziel arbeiten er und die Einrichtung nun zusammen hin. Herr Müller kann in der Zwischenzeit wieder schmerzfrei schlafen und träumt nun von seiner ersten Fahrt auf seinem neuen Motorrad.

**Quellen:**

- Wagner, P. (2007). Beginnen, Dabeibleiben und Aufhören. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Theorie, Empirie und Praxis (S. 71-88). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Pahmeier, I. (1994). Drop-out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport. Günstige und ungünstige Bedingungen fuer eine Sportpartizipation.
- Spielmann, H. (2015). Bindung und Drop-out im Rehabilitationssport. Tübingen.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In Search of how people change: Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist, 47 (9), 1102-1114.
- Fuchs, R. (2003). Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Autoren**

**Winfried Möck**

ist Geschäftsführer der Flowcon Unternehmensberatung ([www.flowcon.de](http://www.flowcon.de)) und seit über 30 Jahren in der Sport- und Fitnessbranche tätig, u. a. als Physiotherapeut, Sportlehrer und Managementtrainer. Seit 1997 berät er Fitness- und Gesundheitsunternehmen, Therapiepraxen, Vereine, Kommunen, Investoren und Betriebe. Er hat selbst zwei Therapiezentren gegründet und betrieben und baut seit einigen Jahren erfolgreich ein bundesweites Netzwerk für Rehasport auf ([www.rehasport-online.de](http://www.rehasport-online.de)). Winfried Möck ist offizieller Berater des Württembergischen Landessportbunds im Bereich Sportvereinszentren.



**Anne Seyfert**

ist studierte Sportwissenschaftlerin und Betriebswirtschaftlerin. Seit 2008 für die Flowcon Unternehmensberatung vor allem im Bereich Rehasport, Prävention und Vereinsberatung tätig. Sie hat 2007 den Sportentwicklungsplan für Chemnitz mit erarbeitet und hat seitdem ein Faible für das wissenschaftliche Arbeiten. Ihr Steckbrief ist die Arztakquise im Bereich Rehasport. Auch im Alltag hält sie immer die Augen nach interessanten Themen und Querverbindungen auf, um diese dann gezielt in die Beratungstätigkeit einfließen zu lassen.

