Internetausgabe des Tagungsbandes

zum

9. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium

erschienen im März 2000 innerhalb der DRV-Schriften als Band 20

Herausgeber
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Individualität und Reha-Prozess

vom 13. bis 15. März 2000 in Würzburg

veranstaltet vom

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

Arbeitsausschuss Interdisziplinäre Forschung der DVfR

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. F. **Schliehe**, PD Dr. M.F. **Schuntermann**
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung des VDR

Örtliche Tagungsleitung:

PD Dr. Dr. H. **Faller**, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
Erster Direktor M. **Adami**, LVA Unterfranken

Programmkomitee:

Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. R. **Brennecke** (Berlin), Prof. Dr. C. **Bühler** (Wetter/Ruhr), Prof. Dr. M. **Bullinger** (Hamburg), Dr. R. **Buschmann-Steinhage** (Frankfurt/M.), Prof. Dr. H. **Delbrück** (Wuppertal-Ronsdorf), PD Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. H.-G. **Haaf** (Frankfurt/M.), Dr. A. **Holderied** (Würzburg), Dr. C. **Korsukéwitz** (Berlin), Prof. Dr. W. H. **Jäckel** (Bad Säckingen), Prof. Dr. Dr. U. **Koch** (Hamburg), Dr. H. **Müller** (Würzburg), Dr. H.-D. **Pannen** (Düsseldorf), Prof. Dr. H. **Rüddel** (Bad Kreuznach), Prof. Dr. Dr. H. H. **Raspe** (Lübeck), Dr. H.-M. **Schian** (Köln), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. A. **Wirth** (Bad Rothenfelde), Dr. E. **Zillessen** (Bad Neuenahr-Ahrweiler)

Herausgeber des Tagungsbandes

PD Dr. Michael F. Schuntermann, Dr. Ferdinand Schliehe

Tagungsband - Internetausgabe

Originalausgabe:
DRV-Schriften Band 20, D 20230 E, Sonderausgabe der DRV
Individualität und Reha-Prozess
9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13. bis 15. März 2000 in Würzburg
Herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Postverlagsort Frankfurt am Main

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleiter Prof. Dr. Franz Ruland, Stellvertreter Dr. Axel Reimann, Horst-Wolf Müller, Schriftleiter Günter Albrecht, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneckstraße 55,60322 Frankfurt am Main, Femruf (069)1522-0, Verlag und Anzeigenverwaltung: WDV WIRTSCHAFTSDIENSI Gesellschaft für Medien & Kommunikation mbH & Co. OHG, Postfach 2551,61295 Bad Homburg, Fernruf (061 72)670-0, Verlagsort Bad Homburg.
Druck: Central-Druck Trost GmbH & Co., Industriestraße 2, 63150 Heusenstamm, Fernruf (061 04) 606-0.
Litho- und Satzherstellung:
dpw Verlagsgesellschaft PubliCom, Industriestraße 2,63150 Heusenstamm, Fernruf (061 04)6064 18. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Siegfried Thiel, für Marketing und Vertrieb: Bernd Kremer.
Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG mit den Fachmitteilungen der Deutschen Rentenversicherung erscheint 12mal jährlich. Preis der Einzelfolge 16,-DM inkl. MwSt. Bestellungen nehmen entgegen: der Verlag und der Buchhandel. Abbestellungen nur mit halbjähriger Frist zum 30.6. und 31.12. jeden Jahres. Zahlung jeweils jährlich im voraus an: WDV WIRTSCHAFTSDIENST, Postgiro Frankfurt am Main Nr.773 08-603, Bankkonten: Deutsche Bank AG, Filiale Frankfurt am Main, Konto Nr.96-8487, Frankfurter Sparkasse, Frankfurt am Main, Girokonto 705665. Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben die Auffassung der Verfasser, aber nicht des Herausgebers wieder. Die Zeitschrift nimmt nur Originalbeiträge an. Der Nachdruck von Beiträgen ist nur mit Einwilligung der Schriftleitung unter Quellenangabe gestattet. Beiträge sind an die Schriftleitung, Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt am Main, zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Besprechungsexemplare übernimmt die Schriftleitung keine Gewähr.
ISBN 3-926181-47-8

Vorwort

Rehabilitation hat das Ziel, Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen zu helfen, ihre Krankheit und deren Auswirkungen zu bewältigen. Sie soll die Betroffenen in die Lage versetzen, möglichst weitgehend und selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilzunehmen. Das Individuum, seine Funktionsfähigkeit im Alltag, seine berufliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität stehen im Mittelpunkt aller rehabilitativen Bemühungen. Rehabilitation stellt in dieser Hinsicht Hilfe zur Selbsthilfe dar. Vom Patienten wird erwartet, adäquate Bewältigungsstrategien zu erlernen, Risikoverhaltensweisen abzubauen und ggf. seinen Lebensstil zu verändern. Die Rehabilitation ist insoweit auf die eigenverantwortliche Mitarbeit des Rehabilitanden angewiesen und muss diese stärken.

Den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen bedeutet, dass alle in der Rehabilitation vertretenen Disziplinen bzw. Berufsgruppen an den subjektiven Bedürfnissen und Zielen des Rehabilitanden ausrichten. Ein integrierender, interdisziplinärer Ansatz erscheint am ehesten geeignet, die praktischen und wissenschaftlichen Grundlagen für eine effektive und effiziente Rehabilitation zu schaffen. Im Sinne dieser, die Subjektivität der Rehabilitanden in den Blick nehmenden Perspektive steht das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium 2000 unter dem Motto „Individualität und Reha-Prozess“.

Eine Aufgabe der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien ist es, über neueste Forschungsergebnisse zu informieren und ihre Umsetzbarkeit in die rehabilitative Praxis zu diskutieren. Darüber hinaus sollen aktuelle Forschungsrichtungen und -strömungen sichtbar gemacht und mit dem Angebot neuer Themen auch die Forschung angeregt werden. Aus diesen Gründen ist das Spektrum der Themen weit. Gleichwohl soll das Motto des Kolloquiums die gemeinsame Klammer für alle Beiträge bilden.

In diesem Band sind alle Kurzbeiträge zu den Plenarvorträgen, den Parallelveranstaltungen und den Posterpräsentationen veröffentlicht. Die Kapitel des Tagungsbandes entsprechen den Sitzungen auf dem Kolloquium. Alle Plenarvorträge sind ein einem Kapitel zusammengefaßt. Die Beiträge innerhalb einer Sitzung folgen dem Sitzungsverlauf. Die Posterbeiträge sind den Sachgebieten zugeordnet. Der Tagungsband wird auch im Internet Forum für Rehabilitationsforschung http://www.ifrr.vdr.de veröffentlicht.

Darüber hinaus ist ein Sach- und ein Personenindex zur schnelleren Orientierung erstellt. Das Verzeichnis der Erstautoren soll es ermöglichen, durch persönliche Kontakte die Thematiken zu vertiefen.

Bei der Erstellung dieses Bandes haben Frau Irma Balázs, Frau Brigitte Börner, Frau Brigitte Reusing, Frau Astrid Rosendahl und Frau Romina Schneider aus der Rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung des VDR mitgewirkt. Hierfür unseren herzlichen Dank.

Dr. F. Schliehe Dr. M.F. Schuntermann PD Dr. Dr. H. Faller Erster Direktor M. Adami

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge **23**
Individualität **28**
Zufriedenheit **39**
Rehabilitation und Selbsthilfe **48**
Bedarf 1 ..... **58**
Bedarf 2 ..... **67**
Eingliederung 1 ..... **77**
Eingliederung 2 ..... **89**
Eingliederung (Poster 8 - 10) **102**
Ökonomische Aspekte der Rehabilitation **110**
Qualitätssicherung **126**
Effektivitätsstudien **138**
Internationale Vergleiche und Reha-System **149**
Assessmentinstrumente 1 ..... **161**
Assessmentinstrumente 2 ..... **171**
Assessmentinstrumente (Poster 1 - 6) **184**
Klassifikationssysteme **194**
Methoden **205**
Methoden (Poster 7) **218**
Theorien und Modelle **220**
Sozialmedizin 1 ..... **230**
Sozialmedizin 2 ..... **239**
Schmerz **249**
Schmerz (Poster 21) **262**
Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 1 ..... **265**
Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 2 ..... **277**
Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 3 ..... **287**
Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation (Poster 18 - 20) **295**
Neurologische Rehabilitation 1 ..... **301**
Neurologische Rehabilitation 2 ..... **312**
Neurologische Rehabilitation (Poster 14 – 17) **323**
Kardiologische Rehabilitation **331**
Kardiologische Rehabilitation (Poster 12, 13) **342**
Onkologische Rehabilitation **346**
Pneumologische Rehabilitation **357**
Schlafstörungen (Poster 22, 23) **369**

Psychosomatische und Psychiatrische Rehabilitation 1 373
Psychosomatische und Psychiatrische Rehabilitation 2 384
Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen 1 397
Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen 2 407
Geriatrische Rehabilitation 417
Rehabilitationspsychologie 1 430
Rehabilitationspsychologie 2 441
Schulung (Poster 11) 453
Freie Themen 1 455
Freie Themen 2 466
Freie Themen (Poster 24 - 31) 477
Workshop: Organisations- und Qualitätsentwicklung 491
Workshop: Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation 493
Workshop: Angiologische Rehabilitation 500
Verzeichnis der Erstautoren 502
Sachverzeichnis 509

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge

Individualität und Rehabilitationsprozess
Koch, U.
Veränderung im Arbeitsmarkt – noch Chancen für die Rehabilitation?
Dostal, W.

Individualität

Die Individualität der Rehabilitanden und der sozialrechtliche Anspruch auf Rehabilitation
Welti, F., Sulek, C.
Ergebnismessung in der Rehabilitation zwischen allgemeinen und individualisierten Ansätzen
Zwingmann, Ch., Gerdes, N., Jäckel, W.H.
Der Stellenwert personaler Ressourcen in unterschiedlichen rehabilitativen Angebotsformen
Morfeld, M., Bürger, W., Dietsche, S., Mathiszig, S., Koch, U.
Prädiktoren für die Einstellung zur kardiologischen Rehabilitation
Altenhöner, T., Grande, G., Leppin, A., Romppel, M.
Chronifiziertes Krankheitsverhalten bei orthopädisch/traumatologischen Patienten mit Lumbalsyndrom
Weber-Falkensammer, H., von Törne, I.
„Und dann weiß ich nicht, was ich tun soll“: Subjektive Theorien von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz
Wagner, R.F., Meerts, S., Lueger, S.

Zufriedenheit

Zufriedene oder unzufriedene Patienten: Welche Merkmale bestimmen die Zufriedenheit mit einer Rehabilitationsmaßnahme?
Deck, R., Zimmermann, M., Raspe, H.

Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation
Kawski, S., Koch, U., Dirmaier, J., Beckmann, U., Egner, U.

Evaluation eines Gruppentherapieprogramms für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - Erste Ergebnisse zu Akzeptanz und Zufriedenheit
Schmitz, B., Husen, E., Handke-Raubach, A., Limbacher, K., Schuhler, P., Jahrreiss, R., Jung, A.

Flexibilisierung der Rehabilitation – Unterscheidet sich die Patientenzufriedenheit im Vergleich der Versorgungsformen?
Iseringhausen, O., Schott, T., Lanver, C., vom Orde, A.

Ambulante Maßnahmen zur Nachbereitung stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten
Bischoff, C., Ehrhardt, M., Husen, E.

Rehabilitation und Selbsthilfe

Kooperation von Selbsthilfe und gesundheitlichem Versorgungssystem zum Nutzen der Rehabilitation
Stark, W., Findeiß, P.

Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung - bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung
von Kardorff, E., Leisenheimer, C.

Bedeutung und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen in der Rehabilitation am Beispiel Chronischer Schmerz
Reichwald, U.

Soziale Rehabilitation rheumakranker Menschen im Rahmen eines Berliner Modellprojektes
Beuth, B.

Der Beitrag der Selbsthilfe zur Rehabilitation bei Krankheiten des rheumatischen Formenkreises
Borgetto, B.

Betroffene, wissenschaftliche Zentren und Versorgungseinrichtungen in institutioneller Kooperation – Rehabilitative Aspekte des „Kompetenznetzwerks chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“
Steder-Neukamm, U., Borgetto, B.

Bedarf 1

5-Jahres-Katamnese zum EU-Berentungsgeschehen in einem neuen Bundesland
Fischer, H., Kirste, H.J., Lutz, M.

Zeitrente = Zeit zur Rehabilitation? Überlegungen zum Rehabedarf von Zeitrentnern am Beispiel jüngerer Versicherter mit neurotischen Erkrankungen
Hesse, B., Bartels, G., Gebauer, E.

Rehabilitativer Bedarf in einer Kohorte von 10.000 LVA-Versicherten
Héon-Klin, V., Matthis, C., Glaser-Möller, N., Raspe, A., Klockgether, R., Raspe, H.

Vorhersagen von Rehabilitationsbedarf aus der Analyse der AU-Fallgeschichte - Sensitivität und Spezifität eines Schätzscores auf der Basis der Routinedaten der Gesetzlichen Krankenkassen
Erben, C.M.
Rehabilitationsbedürftigkeit als mehrdimensionale, qualitative Variable - Ein Rahmenkonzept
Vogt, K., Hansmeier, T., Spyra, K., Müller-Fahrnow, W.

Bedarf 2

Bedarf an neurologischer Rehabilitation nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma – eine Expertenbefragung
Bäumer, M., Schneider, H., Wallesch, C W.
Berufliche Situation und Rehabilitationsbedarf von Patienten mit Multipler Sklerose
Jeske, A.M., Sauer, E.
Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach Epilepsiechirurgie
Thorbecke, R., Koch-Stöcker, S., Jokeit, H.
Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthritis
Bräuer, W., Mau, W.
Teikö-Studie zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation - von der Kontraindikation zur Indikation
Karoff, M., Müller-Fahrnow, W., Schliehe, F., Spyra, K., Piel, A.

Eingliederung 1

Sozialmedizinische Prognose nach berufsfördernden Leistungen - Auswertungen aus der Reha-Statistik-Datenbasis der BfA
Grünbeck, P., Klosterhuis, H.
Zur Wertigkeit von Assessmentverfahren bei der beruflichen Integration - EAM, IMBA/MELBA und ERGOS (ARCON)
Schian, H.M., Kaiser, H., Greve, J.
Sozialmedizinische und psychische Korrelate der beruflichen Reintegration unter fünfzigjähriger Patientinnen und Patienten nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung
Budde, H.G., Keck, M.
Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation: Psychologische Faktoren in der langfristigen Arbeitsunfähigkeit
Disse, O., Knörzer, J.
Wohntraining – Sicherung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens nach stationärer Rehabilitation
Frese, M., Bühler, C.

Eingliederung 2

Medizinisches Rehabilitationsziel berufliche Reintegration - Ergebnisse einer Nachbefragung
Daniels, R., Ginzburg, E., Westarp, M.E.

Arbeitsfähigkeit bei zunehmendem Alter - Ergebnisse von Schulungen von Belegschaften in Unternehmen und Frührehabilitationsmaßnahmen im finnischen Arbeitsleben (TYKY-Programm)
Wikström, J.
Modellprojekt zur Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Ergebnisdarstellung über eine 16-monatige Laufzeit
Deboben, A., Konrad, G., Plöger, J., Wolko, P.M.
Berufliche Belastungserprobung (BE) in der psychosomatischen Rehabilitation – methodische Überlegungen zur Umsetzung der Randomisierung an Hand erster Ergebnisse
Zwerenz, R., Beutel, M., Kayser, E.
„Berufliche Orientierung und praktische Erprobung" - Vorfeldmaßnahmen zur beruflichen Rehabilitation während stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung
Budde, H.G., Heinzen-Lasserre, H., Kallinke, D., Keck, M.
Verzahnung medizinischer und berufsfördernder Maßnahmen bei orthopädischen Erkrankungen (Berufsorientierte medizinische Rehabilitation für Rückenschmerzpatienten)
Scholz, J., Niemann, O., Daalmann, H.H.

Eingliederung (Poster 8 - 10)

Erwerbsstatus nach medizinischer Rehabilitation während Zeiten hoher Arbeitslosigkeit (5-Jahres-Katamnese 1992-1997)
Jetter, H., Kirste, H.J., Hegner, M., Fischer, H.
Prognose des Erfolges beruflicher Rehabilitation bei psychisch Behinderten. Erfahrungen des Beruflichen Trainingszentrums Rhein-Neckar in Wiesloch
Meier, A., Bartels, S.
Anwendung individueller Fähigkeits- und Anforderungsprofile zur beruflichen Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten
Wittmann, B., Steidle, S., Loevenich, A.

Ökonomische Aspekte der Rehabilitation

Auswirkungen der Rehabilitation auf indikationsgruppenspezifische Gesundheitsausgaben
Schmid, S., Novossadeck, E., Hansmeier, T., Brennecke, R.
Entwicklung der Grundlagen für eine fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen
Neubauer, G., Mayer, R.
Chancen und Probleme durch die Einführung von Fallpauschalen in der „Erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP)“
Gülich, M., Kainz, B., Jäckel, W.H.
Teilstationäre und stationäre Rehabilitation – Einflussfaktoren hinsichtlich der Reha-Kosten auf Seiten des Leistungsträgers
Bührlen, B., Kulick, B., Jäckel, W.H.
Studiengestützte gesundheitsökonomische Analyse bei inkrementaler Therapie im Rahmen der internistischen Rehabilitation
Raschke, F., Fischer, J.

Verringerung der Krankheitskosten durch verhaltensmedizinische Risikomodifikation bei Herzkreislauferkrankungen
Zielke, M.

Personalkosten der Patientenschulung in der stationären Asthma-Rehabilitation
Albrecht, M., Krauth, C., Mühlig, C., Schwartz, F.W.

Qualitätssicherung

Entwicklung eines Klinik-Informationssystems der BfA - „Berichte zur Qualitätssicherung“ im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung
Beckmann, U., Pallenberg, C., Klosterhuis, H.

Vergleich von Rehabilitationskliniken hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität: Methodische Aspekte
Rehberg, W., Bührlen, B., Gerdes, N., Zwingmann, Ch., Jäckel, W.H.

Validierung und Verdichtung des Assessments „Ergebnisqualität“ der LVA Württemberg
Eisele, R., Rösch, M., Muche, R., Kaluscha, R., Jacobi, E.

Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation als Methode zur Steigerung von Prozess- und Ergebnisqualität: Überlegungen am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation
Schott, T., Iseringhausen, O., vom Orde, A., Badura, B.

Vergleich der Strukturqualität in Einrichtungen ambulant/teilstationärer und stationärer orthopädischer Rehabilitation
Dietsche, S., Bürger, W., Morfeld, M., Mathiszig, S., Koch, U.

Visitationen als Methode der Qualitätssicherung in der „Erweiterten Ambulanten Physiotherapie"?
Kainz, B., Gülich, M., Jäckel, W.H.

Effektivitätsstudien

Standardkatamnese in der stationären psychosomatischen Rehabilitation
Broda, M., Dinger-Broda, A., Klinkenberg, N.

Wirkfaktoren in der stationären Kurzzeitbehandlung
Ossowsky, G.

Ein neues Behandlungskonzept bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch: Diagnostik, Therapie, Frühintervention
Schuhler, P., Jahrreiss, R., Baumeister, H., Wagner, A.

Diabetes mellitus und Substanzabhängigkeit. Stoffwechseleinstellung und Schulung alkoholabhängiger Diabetiker im Rahmen der Entwöhnungstherapie
Ott, C., Mohn, M.

Lebertransplantations-Patienten in der stationären gastroenterologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung
Doßmann, R., Krebs, H.

Reha-Maßnahmen bei chronischen Dialysepatienten und nach Nierentransplantation zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufs
Fritschka, E.

Internationale Vergleiche und Reha-System

Methodik des internationalen Vergleichs von Rehabilitation - Forschungsstand und Perspektiven
Zimmermann, M., Weber, A., Raspe, H.

Onkologische Rehabilitation in Ländern der Europäischen Gemeinschaft
Delbrück, H., Grinschgl, A., Koch, J.
Partizipationsstrukturen und Nutzung von Daten zur Patientenzufriedenheit für die klinikinterne Qualitätsoptimierung - erste Ergebnisse zum Vergleich Niederlande - Deutschland
van Noort, L.O., van Harten, W.H., Röseler, S., Lorenz, C.
Berufliche Rehabilitation und Eingliederung in Frankreich
Schneider, M.
Gesundheitssystemgestaltung in der kardiologischen Rehabilitation im internationalen Vergleich
Grande, G.

Assessmentinstrumente 1

Das Nottingham Health Profile (NHP) als Assessmentverfahren in der Rehabilitation: Psychometrische Prüfung mit modernen Methoden der probabilistischen Testtheorie
Kohlmann, T., Deck, R., Böhmer S.
Psychometrische Analysen zur Validierung einer kliniktauglichen Modifikation des deutschsprachigen SF-36
Müller, H., Franke, A., Schuck, P., Resch, K.L.
Evaluation eines neuen Assessmentinstruments: Resident Assessment Instrument - Acute Care (RAI AC) für die pflegerische Versorgung und die Entlassungsplanung älterer Patienten im Akutkrankenhaus
Polak, U., Garms-Homolovà, V.
Eine externe Validitätskontrolle der Indexwerte des EuroQol-5D zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Kerim-Sade, C., Wasem, J.
Kulturelle Adaptation und psychometrische Evaluation des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D)
König, A., Kirschner, S., Walther, M., Matzer, M., Heesen, T., Böhm, D., Faller, H.
Lassen sich durch ein Eingangs-Assessment auf der Ebene der Fähigkeitsstörungen homogene Patientengruppen definieren?
Dauch, W.A.

Assessmentinstrumente 2

Zur Änderungssensitivität des „Funktionsfragebogens Hannover (FFbH)“: Welchen Vorteil bieten indikationsspezifische Skalen zur Messung der Funktionskapazität?
Kohlmann, T., Raspe, H., Zeidler, H., Hettich, M., Leonard, J.
Die Checkliste für den Schweregrad von Funktionsstörungen und Strukturschäden (F/S-Checkliste)
Schuntermann, M.F.
Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation
Hafen, K., Bengel, J., Nübling, R., Jastrebow, J.
Operationalisierung von Therapiezielen: Entwicklung eines Arztbogens und eines Funktionstests
Zwingmann, Ch., Spiegel, J., Gerdes, N., Jäckel, W.H.

Zur Problematik des Transfers der US-amerikanischen FCE-Verfahren (Functional Capacity Evaluation) auf deutsche Verhältnisse
Nellessen, G., Schüle, K.
Funktionsmessungen als Kategorie des funktionellen Assessments bei muskuloskeletalen Erkrankungen
Schreiber, T.U., Bak, P., Müller, W.D., Ziegenthaler, H., Smolenski, U.

Assessmentinstrumente (Poster 1 - 6)

Prüfung einiger psychometrischer Eigenschaften einer deutschen Version des „DUKE Gesundheitsprofils“ im stationären Reha-Setting
Franke, A., Schuck, P., Scheffel, A., Henke, C.
Lebensqualität nach Insult - ein Vergleich zweier Skalen (Euroqol, WHOQOL-BREF)
Haider, C., Zauner, H., Frauscher, M., Hierandtner, M., Längle, J., Gaßner, A.
Validierung von Barthel-Index und Rankin Scale anhand der Pflegeeinstufung nach Schlaganfall
Meins, W., Matthiesen, L.
Tempa Test: ein valides und reliables Instrument zur Erfassung von alltagsrelevanten Armfunktionsstörungen bei neurologischen Patienten
Pinkowski, C., Eickhof, C., Müller, N., Platz, T.
Lebensqualität bei Adipositas - Entwicklung eines neuen Messinstrumentes
Schnieder, I., Reiffen, I., Schulte, R., Rogner, J., Wirth, A.
Evaluation einer deutschen Version des NASS (North American Spine Society) Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument
Schochat, T., Rehberg, W., von Kempis, J., Stucki, G., Jäckel, W.H.

Klassifikationssysteme

Die Einführung der ICIDH in die sozialmedizinische Begutachtung der MDK-Gemeinschaft - Aktivitäten, Erfahrungen und Erkenntnisse
Leistner, K., Viol, M.
Die ICIDH-2 aus gesundheitsökonomischer Sicht
Seitz, R.
Mehrdimensionale Schweregradeinteilung bei schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Berücksichtigung der Taxonomie von ICSD und ICIDH-2
Fischer, J., Raschke, F.
Die ICIDH-2 als ‚teaching-instrument’ im Unterricht rehabilitativ-therapeutischer Berufe – Erste Erfahrungen
Greß-Heister, M., Heister, E.
Die Bewertung der ICIDH-2 Beta-2-Feld-Studie unter praktisch therapeutischen Gesichtspunkten
Greve, J.
Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der BfA - Ergebnisse zur aktuellen Dokumentations-, Auswertungs- und Berichtspraxis
Sommhammer, B., Nischan, P.

Methoden

Möglichkeiten und Grenzen experimenteller Designs in der Rehabilitationsforschung
Faller, H.

Alternative Auswertungsstrategien bei quasi-experimentellen Designs
Schuck, P.

Meta-Analysen in der Rehabilitation
Nischan, P., Winnefeld, M.

Outcome-Messung mittels Fragebogen-Assessments: Wann liegt ein klinisch relevantes Ergebnis für einen einzelnen Patienten vor?
Schuck, P.

Qualitätssicherungssysteme für die Verbundforschung – Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen
Herdt, J., Bengel, J., Jäckel, W.H.

Qualitätssicherungssysteme in der Verbundforschung
Burbach, M., Löschmann, C., Bengel, J., Jäckel, W.H.

Methoden (Poster 7)

Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm
Kaluscha, R., Jacobi, E.

Theorien und Modelle

Ein Theoriemodell der Rehabilitation
Gerdes, N., Zwingmann, Ch., Bührlen, B., Jäckel, W.H., Stier, R., Zwingmann, E.

Verständigungsorientiertes und erfolgsorientiertes Management in der Rehabilitation
Brennecke, R.

Ein allgemeines Modell der Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation
Mans, E.J.

Eine Bewertung der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben als traditionelle Aufgabe der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Karoff, M.

Angehörige im Rehabilitationsprozess - Determinanten supportiven Verhaltens
Balck, F., Dinkel, A.

Sozialmedizin 1

Vergleich unterschiedlicher Systeme der sozialmedizinischen Begutachtung bei der Steuerung des Reha-Zugangs
Vogel, H., Holderied, A., Frank, S., Schmidt, D.

Praktikabilität eines modularen Tests zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (TELE) bei Patienten mit einer chronischen Polyarthritis im Gesamtkonzept einer ressourcenorientierten medizinischen und beruflichen Rehabilitation
Dirschauer, B., Ehlebracht-König, I., Mau, W., v. Pezold, E.

Prognose der Erwerbsfähigkeit 1-2 Jahre nach der Rehabilitation anhand eines statistischen Regressionsmodells
Rösch, M., Muche, R., Schulte, R.M., Jacobi, E., Gaus, W.

Zusammenhang zwischen selbstberichteten Krankheiten und Rehabilitationserfahrung, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit in einer postalischen Befragung von LVA-Versicherten
Matthis, C., Héon-Klin, V., Glaser-Möller, N., Raspe, A., Raspe, H.

Sozialmedizinische Problemlagen in ambulanten und stationären orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer bundesweiten multizentrischen Studie
Bürger, W., Dietsche, S., Mathiszig, S., Morfeld, M., Koch, U.

Sozialmedizin 2

Der Abschlussbericht von Reha-Einrichtungen aus der Sicht des Hausarztes
Ehrhardt, M.

Wodurch wird die Empfehlung des Arztes zur Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme beeinflusst?
Romppel, M., Krause, H., Grande, G., Leppin, A.

Extreme hausärztliche Grundpositionen zur medizinischen Rehabilitation und deren Auswirkungen
van den Bussche, H.

Die Umsetzung des rehaärztlichen Mandats zum Einbeziehen der Betriebsärzte
Behrens, J.

Sexualmedizinische Aspekte und Fragestellungen in der Rehabilitationsmedizin - Ergebnisse einer explorativen Untersuchung
Schulte, R.M., Jacobi, E.

Schmerz

Das transtheoretische Modell: Umsetzung in der medizinischen Rehabilitationsforschung und -praxis am Beispiel chronischer Schmerzen
Maurischat, C., Bengel, J., Härter, M.

Schmerztherapie in der orthopädisch-psychosomatischen Rehabilitation
Bauer, J., Minge, A., Busche, Th., Blunk, R.

Langfristige Effekte der stationären Schmerztherapie in der Edertal Klinik, Bad Wildungen - Einfluss von Rentenbedürftigkeit und der Erhalt von Rente
Lutz, R., Schneider, J.

Schmerzreduktion bei Patienten mit Osteoporose durch Rehabilitation - Randomisierte prospektive Studie: Vergleich einer konventionellen Physiotherapie mit einer intensivierten medizinischen Trainingstherapie
Franck, H.

Subkutane CO_2-Gas-Insufflationen als Zusatzbehandlung zu einer standardisierten physikalisch-rehabilitativen Therapie bei Patienten mit Nacken- und Rückenschmerzen - Eine offene, randomisierte, kontrollierte, klinische Studie
Dillner, A., Brockow, T., Franke, A., Resch, K.L.

Besteht ein Zusammenhang zwischen kortikaler Reorganisation nach Armamputationen und dem Ausprägungsgrad von Phantomschmerzen? - eine fMRT-Studie
Adler, T., Dettmers, C., Brückner, L., Weiller, C.

Schmerz (Poster 21)

Effekte der stationären Schmerztherapie in der Edertal Klinik, Bad Wildungen - Einfluss von Rentenbedürftigkeit und Therapiemotivation
Lutz, R., Schneider, J.

Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 1

Das Rehabilitationssystem in Frankreich
Imbs, A.

Psychische Störungen in der orthopädischen Rehabilitation
Reuter, K., Härter, M., Bengel, J., Wunsch, A.

Funktionsdiagnostik der Skoliose - Ultraschalltopometrie versus klinische Funktionsuntersuchung
Smolenski, U.C., Schwendler, B., Loth, D., Strobach, H., Venbrocks, R.

Einsatz des Keitel-Funktionstests zur Selbstmessung durch Patienten für ein postalisches Follow-up zur Evaluation mittelfristiger Reha-Effekte
Franke, A., Reiner, L., Franke, T.

Anforderungen und Behandlungsziele der Physiotherapie nach konservativer Wirbelbruchbehandlung der Brust- und Lendenwirbelsäule
Fritsche, H.J.

Konzeption und Effektivität einer bewegungstherapeutischen Intervention bei chronisch kranken Erwachsenen in der stationären medizinischen Rehabilitation
Ellmers , T., Drüke, T.

Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 2

Veränderungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Personen mit Dorsopathien 6 Monate vor und nach teilstationärer versus stationärer Rehabilitation
Mau, W., Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J.

Vergleich des sechsmonatigen Verlaufs nach stationärer und teilstationärer Rehabilitation an Hand des SF36 Health Survey bei Patienten mit Dorsopathien
Merkesdal, S., Bernitt, K., Bräuer, W., Busche, T., Bauer, J., Mau, W.

Modellierung des klinischen Verlaufs chronischer Rückenschmerzen
Schweikert, B.

Functional Restoration – Ein wirksames Rehabilitationskonzept bei chronischen Rückenschmerzen? Übersicht zu aktuellen Ergebnissen der Literatur
Haaf, H.G.

Stellungssinn und Kraftsinn beim Tragen lumbaler Stützbandagen
Pfeifer, K., Vogt, L., Klingler, J., Ruhleder, M., Banzer, W.

Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation 3

Rehabilitation nach Hüftgelenkoperationen führt zu besseren *health outcomes*
Bitzer, E.M., Dörning, H., Schwartz, F.W.

Diagnostische Wertigkeit der Hüftsonographie nach Alloarthroplastik des Hüftgelenkes
Kausch, T., Frank, A., Peters, K.M.

Prädiktoren der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges - bei Patienten mit Kniegelenkersatz
Haase, I., Albrecht, C., Swoboda, B., Kladny, B.

Wertigkeit der „Endoprothesenschule“ im Rahmen einer AHB nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation aus Sicht des Patienten
Middeldorf, S., Casser, H.R.

Sind Zwischenfälle in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation durch die Anwendung diverser Schulungsmaßnahmen vermeidbar?
Weinz, E., Müller, B., Schönle, Ch.

Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation (Poster 18 - 20)

Möglichkeiten und Ergebnisse von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom
Schoen, U., Schütze, G., Jahn, H.

Bedeutung der Bewegungswahrnehmung für die Therapie chronischer Rückenschmerzen
Schöttler, M., Kühn, W.

Ergebnisse zum sensomotorischen Leistungsverhalten von Patienten mit einem chronisch-rezidivierenden LWS-Syndrom nach einem 4-wöchigen Heilverfahren
Zwick, S., Kuppardt, H., Beyer, L., Plietz, M., Canzler, J.

Neurologische Rehabilitation 1

Einflussfaktoren auf die Rückbildung der Fähigkeitsstörungen (Disability) in der Schlaganfallrehabilitation
Huff, W., Misselwitz, B., Puschendorf, W., Kugler, C. .

Prognostischer Wert des Tibialis-MEP für die Motorik und Fähigkeitsstörung nach 8-wöchiger Rehabilitation nach Schlaganfall - eine prognostische Studie
Steube, D., Wiethölter, S.

Bedeutung der akutstationären Erstversorgung für die Rehabilitation nach Schlaganfall: Erleichtert die Versorgung in einer Stroke Unit die berufliche Wiedereingliederung?
Schupp, W., Weithaus, N., Haase, I.

Kriterien einer differentiellen Indikation für stationäre vs. teilstationäre neurologische Rehabilitation nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma – eine Expertenbefragung
Wallesch, C.W., Schneider, H., Schert, C., Bäumer, M.

Depressive Störungen nach Schlaganfall – bisher schon angemessen erfasst?
Schmidt, R., Löttgen, J., Ruby, S., Kringler, W.

Neurologische Rehabilitation 2

Effekt einer Einzelbehandlung mit ergotherapeutischem Feinmotoriktraining auf den motorischen Kortex bei Patienten mit armbetonter Hemiparese nach ischämischer Hirnschädigung
Gräf, S., Liepert, J., Uhde, I., Leidner, O., Weiller, C.

Arm-Fähigkeits-Training für Schlaganfall- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten mit leichtgradiger zentraler Armparese: eine einfach-blinde, randomisierte, kontrollierte Studie
Platz, T., Winter, T., Pinkowski, C., Müller, N., Eickhof, C., Mauritz, K.H.

Ambulante poststationäre Neurorehabilitation in Würzburg - berufliche Wiedereingliederung nach schwerer erworbener ZNS-Schädigung
Fröhlich, H., Poimann, H., Bieber, K.

FIT-Programm - ein geeigneter Weg zur rehabilitativen Nachsorge bei neuropsychologischen Störungen? Erste Ergebnisse
Kulke, H.

Dimensionen gesundheitlicher Integrität und Behinderung bei Menschen mit Epilepsie
Wohlfarth, R. , Hammen, A.

Ergebnisse neurologischer Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT) im Vorschul- und Schulalter im Langzeitverlauf -vorläufige Daten der ersten 105 Probanden einer retrospektiven follow-up Studie
Schwermer, C., Ritz, A., Kiesow, S., Benz, B.

Neurologische Rehabilitation (Poster 14 – 17)

Assessments in der Rehabilitation von Patienten mit Postpoliosyndrom
Bocker, B., Winkelmann, C., Smolenski, U.

Evaluation von Aufmerksamkeitstrainings in der ambulanten neuropsychologischen Rehabilitation
Eidenmüller, A., Kallus, K.W.

Behandlung von Risikofaktoren zur Sekundärprophylaxe des ischämischen Hirninfarktes: Eine Aufgabe der Neuro-Rehabilitation
Nachtmann, A., Thilmann, A.F.

Barthel-Index - geeignet als prognostischer Faktor in der Schlaganfall-Rehabilitation?
Neumann, Ch., Durner, J., Haase, I.

Kardiologische Rehabilitation

Kardiologische Rehabilitation - Erwartungen und Einschätzungen von Patienten
Schubmann, R., Vogel, H., Soergel, T., Placzek, Th.

Leitlinien zur kardialen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit
Helou, A., Korsukéwitz, C., Schwartz, F.W.

Stationäre kardiologische Rehabilitation - klinische Aspekte - die CARO Studie der DGPR
Karoff, M., Held, K., Müller-Fahrnow, W., Grünbeck, P.

Einfluss des Schlaf-Apnoe-Syndroms auf den Erfolg der kardiologischen Rehabilitation
vom Orde, A., Schott, T., Iseringhausen, O., Lanver, C.

Wird eine leitliniengerechte Therapie herzinsuffizienter Patienten während stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge umgesetzt?
Scholz, S., Völler, H., Klein, G., Gohlke, H., Hahmann, H., Binting, S., Dovifat, C., Krobot, K., Bestehorn, K., Willich, S.N.

Nachsorgeverhalten nach koronarer Bypass-Operation
Knoglinger, E., Gericke, K., Pellarin, M., Bialucha, B., Möller, G.

Kardiologische Rehabilitation (Poster 12, 13)

Training bei moderater Herzinsuffizienz - Risikostratifikation durch Troponinfreisetzung?
Schulz, O., Kromer, A., Rübsam H.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Entwicklung körperlicher Belastbarkeit und Befindlichkeit während stationärer kardiologischer Rehabilitation
Wilbert, U., Gohlke, H., Willich, S.N., Binting, S., Hahmann, H., Klein, G., Dovifat, C., Krobot, K., Bestehorn, K., Völler, H.

Onkologische Rehabilitation

Zielorientierte Ergebnismessung: Rehabilitationsziele, Interrater-Übereinstimmung und Effektmaße in der onkologischen Rehabilitation
Moser, M.T., Weis, J., Fachinger D., Bartsch, H.H.

Verbesserung der individuellen Lebensqualität chronisch erkrankter Frauen durch ein frauenspezifisches ambulantes Rehabilitationsprogramm
Rambow-Bertram, P. , Laux, B., Jonas-Steding, E., Voß, K., Krieger, M., Sens, B., Teichmann, J., Gutenbrunner, Ch., Gehrke, A.

Fatigue bei onkologischen Patienten in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
Bartsch, H.H., Weis, J., Moser, M.T., Adam, G., Kruck, P.

Prävalenz neuropsychologischer Beeinträchtigungen bei Tumorpatienten. Einflussfaktoren und Rehabilitationsbedarf
Poppelreuter, M., Külz, A.K., Tucha, O., Weis, J.
Rehabilitations-Sportgruppen in der Krebsnachsorge in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse einer Befragung von 813 Betroffenen und 105 Übungsleitern/innen
Schüle, K.

Pneumologische Rehabilitation

Effektivität und Effizienz einer pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme aus unterschiedlicher Perspektive
Kaiser, U., Schmitz, M.
Bestimmung der körperlichen Aktivität in Verbindung mit körperlichem Training bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)
Behnke, M., Merkt, B., Kirsten, D., Jörres, R.A., Magnussen, H.
Langzeit-Effekte eines häuslichen Belastungstrainings bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)
Behnke, M., Kirsten, D., Jörres, R.A., Magnussen, H.
Gibt es Unterschiede zwischen Asthma- und COB-Patienten in der subjektiven Bewertung verschiedener Aspekte der Patientenschulung?
Herrmann, S., Schwiersch, M., Schultz, K.
Wirkung der Schlafapnoe-Therapie in der Rehabilitation nach Schlaganfall
Thilmann, A.F., Wessendorf, T.E., Wang ,Y.M., Teschler, H.
Versorgungssituation von Schlafstörungen in der Rehabilitation
List, S.M., Raschke, F., Fischer, J.

Schlafstörungen (Poster 22, 23)

Schlafstörungen bei der Mehrheit der Patienten in stationärer neurologischer und orthopädischer Rehabilitation?
Ginzburg, E.
Obstruktives Schlafapnoesyndrom in der neurologischen Rehabilitationsbehandlung - Häufigkeit, Folgen und Auswirkungen auf das Outcome
Neumann, Ch., Durner J.,

Psychosomatische und Psychiatrische Rehabilitation 1

Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation – Erkenntnisstand auf der Basis von fünf großen Programmevaluationsstudien
Schmidt, J., Nübling, R., Wittmann, W.W.
Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulenübergreifenden Behandlungskonzepts: Erste Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese der Bad Herrenalber Katamnesestudie
Bürgy, R., Nübling, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J., Wittmann, W.W.
Psychosomatischer Reha-Erfolg in Abhängigkeit von bewilligter und tatsächlicher Reha-Dauer: Ergebnisse aus Patienten- und aus sozialmedizinischer Sicht
Irle, H., Klosterhuis, H.
Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation - der fremdmotivierte „geschickte Patient“: Erfassung, Klinikmanagement, Behandlungsergebnisse
Schmitz-Buhl, S.M., Bückers, R., Kriebel, R., Paar, G.H.

Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden
Lotz-Rambaldi, W., Lang, K., Koch, U., Schulz, H.
Unterschiede und Gemeinsamkeiten therapeutischer Variablen bei psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppentherapie aus Sicht der Patienten
Watzke, B., Schulz, H., Koch, U., Rudolph, M., Rüddel, H.

Psychosomatische und Psychiatrische Rehabilitation 2

Zur Bedeutung internaler und externaler Ressourcen für die erwartete und tatsächlich Verwirklichung von individuellen Zielen nach stationärer Verhaltenstherapie
Husen, E., Bischoff, C.
Verläufe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation von depressiven Patienten.
Mestel, R., Erdmann, A., Schmidt, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K., Hautzinger, M.
Wirksamkeit der Rehabilitation bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung
Nickel, M.
Katamnesestudie nach stationärer Rehabilitationsbehandlung von psychogenen Essstörungen mit Adipositas per magna nach verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepten
Thiede, R., Sobez, I., Beutel, M.
Koinzidenz von Sucht und Persönlichkeitsstörung: Komorbidität, Merkmale der Patientengruppe und Evaluation der stationären Behandlung
Schuhler, P., Jung, A., Jahrreiss, R., Wagner, A., Schmitz, B., Handke-Raubach, A., Limbacher, K., Husen, E.
Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Patienten mit pathologischem Spielverhalten: Ergebnisse der 1-Jahreskatamnese
Finger, E., Glier, B.

Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen 1

Family Assessment: Ein System zur Nutzung der Ressourcen des Systems Familie im Prozess neuropsychiatrischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen
Meyer-Bornsen, C., Focken, C.
Lebensqualität als Evaluationskriterium in der Rehabilitation chronisch kranker Kinder
Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M., Bullinger, M.
Einflussfaktoren für die langfristige Entwicklung der Lebensqualität asthmakranker Kinder und Jugendlicher nach Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
ten Thoren, C., Bauer, C.P., Kiosz, D., Stachow, R., Petermann, F., Buschmann-Steinhage, R., Warschburger, P.
Psychosoziale Belastungen von Eltern mit neurodermitiskranken Vorschulkindern - Erste Ergebnisse
Buchholz, H.T., Warschburger, P., von Schwerin, A.D., Petermann, F.
Evaluationsergebnisse stationärer Intensivrehabiliation bei idiopathischer Skoliose
Freidel, K., Petermann, F., Reichel, D., Steiner, A., Warschburger, P., Weiß, H.R.

Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen 2

Kurz- und langfristige Veränderungen psychosozialer Parameter bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma oder Atopischer Dermatitis durch stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
Niebank, K., Warschburger, P., Petermann, F., Gulyas, A.F., Stübing, K.

Adipositas bei Schulanfängern: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie zur Effektivität einer kombinierten Eltern-Kind-Schulung
Warschburger, P., Petermann, F., Karpinski, N., Grunewald, L., Gartmann-Skambracks, A.

Asthma im Kleinkindalter: Eine Multizenter-Studie zu Notwendigkeit und Effekten eines Elterntrainings im stationären Kontext
von Schwerin, A.D., Warschburger, P. , Buchholz, T., Petermann, F.

Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Bronchialasthma - Ergebnisse der Multizenterstudie (ESTAR)
Bauer, C.P., Kiosz, D., Petermann, F., Stachow, R., ten Thoren, C., Warschburger, P., Buschmann-Steinhage, R.

Mediatorentraining: Konzeption eines kognitiv-behavioralen Elternschulungsprogramms für asthmakranke und neurodermitiskranke Vorschulkinder
Warschburger, P., Buchholz, T., von Schwerin, A.D., Petermann, F.

Längerfristige Ergebnisse des Adipositastrainings mit Kindern und Jugendlichen
Fromme, C., Warschburger, P., Petermann, F., Oepen, J., Wojtalla, N.

Geriatrische Rehabilitation

Prädiktoren der Ergebnisqualität bei Schlaganfall-Patienten zwei Jahre nach Entlassung aus stationärer geriatrischer Rehabilitation
Meins, W., Meier-Baumgartner, H.P.

Bedeutung und Ergebnisse einer geriatrischen Rehabilitation in einer orthopädisch-rheumatologischen
Vogt, R.

Therapie funktioneller Defizite bei Lähmungen mittels Elektrostimulation
Eck, U., Scheffler, E., Hohn, H., Vossius, G.

Beeinflussung von Selbstpflegedefiziten durch Mobile Rehabilitation – Eine Evaluationsstudie der Mobilen Rehabilitation der Kreuznacher Diakonie
Schulz, M., Schmidt-Ohlemann, M., Behrens, J.

Schlafstörungen im Alter
Hohn, H., de Jong, A.

Rehabilitationspsychologie 1

„Aktiv Gesundheit fördern“ – Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung
Schäfer, H., Döll, S., Buschmann-Steinhage, R., Schliehe, F.

Die salutogenetische Perspektive des Gesundheitsbildungsprogramms für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung am Beispiel der Seminareinheit „Alltagsdrogen – zwischen Genuss und Sucht“
Döll, S., Buschmann-Steinhage, R., Worringen, U.

Methoden und Erfolgsparameter zur Evaluation von Patientenschulungen in der stationären Rehabilitation am Beispiel von Asthma bronchiale und Neurodermitis
Krischke, N.R., Polchow, D., Tampe, T., Petermann, F.

Evaluation eines Patientenschulungsseminares für Patienten mit Morbus Bechterew - Welche Patienten profitieren subjektiv am meisten von der Schulung?
Bönisch, A., Ehlebracht-König, I., von Pezold, E., Droste, U., Heinrichs, K.

Soziale Unterstützung - Rückhalt bei anderen Menschen finden: Ein ressourcenorientiertes Thema im neugefassten Gesundheitsbildungsprogramm der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
Höffler, K.W.

Raucherentwöhnung durch Hypnose: Stand der Forschung und Evaluation eines hypnotherapeutischen Nichtrauchertrainings
Schulte, R., Hueber, R.

Rehabilitationspsychologie 2

Psychologisches Screening orthopädisch-rheumatologischer Patienten in der stationären Rehabilitation
Stankoweit, B., Wellpott, P., Ostermann, H.W.

Psychosoziale Belastung bei Patienten der kardiologischen, orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse der INDIKA-Studie
Jastrebow, J., Nübling, R., Bengel, J., Hafen, K.

Depressivität und Angst bei unter fünfzigjährigen Patientinnen und Patienten sechs Monate nach stationärer kardiologischer AHB im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung
Budde, H.G.

Psychische Befindlichkeit der Partner von Patienten mit Hirnschädigung in der frühen Phase nach dem Ereignis - Erste Ergebnisse
Dinkel, A., Balck, F.

Motivationsverbesserung vor stationärer psychosomatischer Rehabilitation
Gelbharr, S., Klöss, R., Scharf, P., Gerdes, N.

Psychosomatisch erkrankte LehrerInnen im poststationären Verlauf: Halbjahreskatamnese zum Priener Lehrerprojekt
Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Fichter, M.M.

Schulung (Poster 11)

Patienten-Schulungsprogramm Vaskulitis – erste Ergebnisse
Höder, J., Reinhold-Keller, E.

Freie Themen 1

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der stationären orthopädischen Rehabilitation
Schmidt, B., Kolip, P., Greitemann, B.

Der Fragebogen zur Haus- und Familienarbeit – Erste empirische Ergebnisse und heuristische Ableitung seines Erklärungspotentials
Worringen, U., Benecke, A., Gerlich, C., Frank, S.

Rehabilitationsergebnisse bei Frauen in Mutter-Kind-/Müttereinrichtungen: Eine Pilotstudie
Meixner, K., Gerdes, N., Jäckel, W.H.

Qualitätssicherung in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder
Collatz, J., Arnhold-Kerri, S., Thies-Zajonc, S.

Arbeitszufriedenheit im Reha-Team und der Bedarf an psychosozialer Fortbildung
Muthny, F.A., Mariolakou, A.

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken
Farin, E., Meixner, K., Martini, M., Jäckel, W.H.

Freie Themen 2

Nachsorgeangebote nach medizinischen Reha-Maßnahmen – Konzepte und Erfahrungen
Mathiszig, S., Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U.

Ist die routinemäßige Diagnostik der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein geeignetes Instrument zur Planung, Steuerung und Bewertung von Rehabilitationsprozessen?
Joppich, G., Meier, U., Reuther, P., Wendel, C., Fries, W.

Entwicklungsaufgaben der klinischen Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
Mans, E.J.

Hilfsmittelversorgung in der neurologischen Rehabilitation
Bestmann, A., Lingnau, M.L., Hesse, S.

Wiederherstellung der Greiffunktion bei Tetraplegikern mittels Freehand-Neuroprothese
Rupp, R., Fromm, B., Mayer, B., Gerner, H.J.

Erfahrungen in der Prothesenversorgung der unteren Extremitäten unter Berücksichtigung von Klassifizierungs-Systemen
Middeldorf, St., Casser H.R.

Freie Themen (Poster 24 - 31)

Reduktion der Spastik durch Bewegungstrainer?
Durner, J., Neumann, Ch.

Derzeitige diagnostische und therapeutische Vorgehensweise behandelnder Hausärzte bzw. Fachärzte bei der Primärversorgung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz
Fitzner-Ott, G., Beyer, W.F.

Langzeitrehabilitation oder statuserhaltende Pflege: eine interventionelle Therapiestudie
Janke, O., Doevenspeck, A., Binder, J., Griese, J., Schaible, W., Harms-Ensink, G., Netz, J., Hömberg, V.

Untersuchung zum psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst in der stationären Rehabilitation
Krause, W.H.

Standstabilität und Lateralisationsverhalten bei der instrumentierten Gleichgewichtsprüfung unter Provokationsbedingungen
Meier, R. K., Weinert, S.

Rehabilitationserfolg bezüglich Inkontinenzverminderung und Befindlichkeitsverbesserung bei Patienten mit Prostatakarzinom nach Prostatovesikulektomie
Schütze, G., Lohse, R.

14-tägiges allgemeines Kreislauftraining verbessert die endotheliale Funktion der Armblutgefäße
Seyfert, H., Wendt, T.

Epidemiologie psychischer Störungen bei Herz-Kreislauf-Patienten in der medizinischen Rehabilitation
Wunsch, A., Bengel, J., Härter, M., Reuter, K.

Workshop: Organisations- und Qualitätsentwicklung

Grundlegende Fragen der Organisations- und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation am Beispiel der Kardiologie
Leitung: Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Held, K., Klosterhuis, H., Schliehe, F.

Workshop: Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation

Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation - Ziele, Methodik und Probleme
Wasem, J., Krauth, C., Seitz, R.

„Reha-Ökonomie“ – Besonderheiten der gesundheitsökonomischen Evaluation von Rehabilitationstechnologien
Krauth, C., Seitz, R., Wasem, J.

Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger in der ökonomischen Evaluation
Seitz, R., Wasem, J., Krauth, C.

Workshop: Angiologische Rehabilitation

Angiologische Rehabilitation: Indikationen - Konzepte - Schnittstellen
Scheffler, A., Amendt, K., Schnieder, H.G.

Individualität und Rehabilitationsprozess

Koch, U.

Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg

In den letzten Jahren wurde das System der medizinischen Rehabilitation in Deutschland einerseits kritisch unter Aspekten der Inanspruchnahme, des Erfolgs und der Kosten diskutiert, andererseits fand aber auch eine intensive inhaltliche Diskussion zu Fragen der rehabilitativen Zielsetzungen und Gestaltungsmöglichkeiten rehabilitativer Angebote statt. Letzteres hat zu einer Identitätsbildung bei Rehabilitationsklinikern wie auch bei Rehabilitationsforschern beigetragen. Die medizinische Rehabilitation in Deutschland (und hier vor allem die der Rentenversicherung) verbindet ihr Selbstverständnis eng mit Begrifflichkeiten wie Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit, hinzu kommt der Anspruch, flexible, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Angebote vorzuhalten. Weitgehender Konsens dürfte auch dahingehend bestehen, dass eine rehabilitative Behandlung an den spezifischen Bedürfnissen des einzelnen Rehabilitanden zu orientieren ist und dass Veränderungen der Situation des Rehabilitanden im Rehabilitationsprozess zeitnah in der Maßnahmengestaltung Rechnung getragen werden sollte.

In Bezug auf den Grad der Berücksichtigung individueller Besonderheiten sowie auf Verlaufsaspekte lassen sich zwei Extremvarianten sowohl auf der Ebene des Rehabilitationssystems als auch auf der Ebene der Rehabilitationsklinik gegenüberstellen. Im ersten Fall erhalten alle Rehabilitanden das gleiche, sich über die Zeit nicht verändernde, Programm. Im anderen Fall erhält jeder Patient ein auf ihn spezifisch zugeschnittenes und die individuellen Veränderungsnotwendigkeiten über die Zeit berücksichtigendes Angebot. Die reale Ausgestaltung rehabilitativer Maßnahmen liegt selbstverständlich zwischen diesen Polen, wobei die Rehabilitationskonzepte und -angebote hier stark differieren dürften.

Der Vortrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob und in welchem Ausmaß die Forderungen nach Individualität und Prozessberücksichtigung in der Rehabilitation angemessen sind und eine realistische Chance auf Berücksichtigung finden können. Zunächst wird das Thema auf der Ebene der rehabilitativen Zielsetzungen behandelt, anschließend werden die daraus resultierenden Konsequenzen für die diagnostische und therapeutische Gestaltung dargestellt. Im letzten Teil werden Aspekte der Evaluation sowie die Realisationschancen innerhalb des in Deutschland existierenden Systems der medizinischen Rehabilitation diskutiert.

Individualität und Prozessberücksichtigung in den Zielsetzungen

Behandelt werden hier u.a. folgende Fragen:

- Wer nimmt in welchem Ausmaß Einfluss auf die im Einzelfall festzulegenden Rehabilitationsziele? Wie sind so unterschiedliche Perspektiven wie die des Gesetzgebers, des

Kostenträgers, der Klinik und ihrer verschiedenen Therapeuten sowie vor allem des Rehabilitanden miteinander in Einklang zu bringen.

- Wie stellt sich das Verhältnis zwischen einerseits dem Anspruch des Rehabilitanden nach individualspezifischer bzw. „einzigartiger“ rehabilitativer Behandlung und andererseits dessen Wunsch, das anderen Rehabilitanden gewährte Angebot selbst auch zu erhalten, dar?
- Welche unterschiedlichen Möglichkeiten der Realisierung von Rehabilitationszielen bestehen bei unterschiedlichen rehabilitativen Indikationen bzw. bei unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen?
- Wie lassen sich eventuell auftretende Diskrepanzen zwischen individuellen Zielen und deren Realisierungschancen während einer Rehabilitationsmaßnahme aufheben?
- Wie kann dem unterschiedlich ausgeprägten Bedürfnis des Rehabilitanden nach Partizipation Rechnung getragen werden? Auf dieser Ebene lassen sich unterschiedliche Positionen unterscheiden, wie z.B.: Rehabilitanden mit dem ausgeprägten Wunsch, gestaltend mitzuwirken bzw. mitzuentscheiden; Rehabilitanden, die genau dazu nicht motiviert oder in der Lage sind; Rehabilitanden, die von der Klinik (dem „Anbieter“) ein breites Spektrum von qualitativ ansprechenden rehabilitativen Angeboten (im Sinne von Serviceleistungen) erwarten, aus denen sie auf der Basis einer Beratung entscheiden möchten.
- Welchen Grad an Spezifität in der Festlegung rehabilitativer Zielsetzungen im Einzelfall erachtet der Rehabilitationskliniker als erforderlich, und wie stellt sich für ihn die Frage der individuellen Gestaltungsspielräume im Zusammenhang mit seinem beruflichen Selbstverständnis?

Individualität und Prozessberücksichtigung bezüglich der Gestaltung der Rehabilitationsdiagnostik und des Maßnahmenangebots

Diskutiert werden hier u.a. folgende Aspekte:

- Welche Anforderungen sind auf der instrumentellen Ebene an eine Diagnostik zu stellen, die die individuellen Besonderheiten und die im Rehabilitationsprozess auftretenden Veränderungen berücksichtigt?
- In welcher Institution ist diese differentielle Rehabilitationsdiagnostik am ehesten zu leisten?
- Wie lassen sich die differentialdiagnostischen Informationen und die Ergebnisse der Prozessdiagnostik in der Therapieplanung berücksichtigen, und wie korrespondieren diese mit den verfügbaren Varianten im Interventionsspektrum?
- Wie stellt sich das Verhältnis des allen Rehabilitanden einer Einrichtung angebotenen Basisprogramms zu den stärker spezifische Bedürfnisse berücksichtigenden „Therapiebausteinen" dar?
- Inwieweit sind Gruppenbehandlungsangebote mit den Ansprüchen an eine individualspezifische Behandlung vereinbar?
- Mit welchem personellen, zeitlichen, organisatorischen und kommunikativen Aufwand ist eine stärker an differentiellen und Verlaufsaspekten orientierte Rehabilitation verbunden.

Berücksichtigung von Individualität und Prozess im Rahmen der Evaluation und Qualitätssicherung

Diskutiert werden hier u.a. folgende Fragen:

- Inwieweit kann beim gegenwärtigen Wissensstand davon ausgegangen werden, dass individualisierte Rehabilitationsprogramme wirksamer sind als standardisierte Programme?
- Sind die gängigen epidemiologisch orientierten Evaluationsmodelle und die gegenwärtig eingesetzten Messinstrumente geeignet, die Effekte einer individuell und verlaufsangepassten Rehabilitation abzubilden? Welche Möglichkeiten ergeben sich im Rahmen von Evaluationskonzepten vom Typ des Goal-Attainments sowie von Einzelfallanalysen?
- Gehen von Qualitätssicherungsprogrammen und Forschungskonzeptionen im Sinne der evidenzbasierten Medizin selbst normierende und standardisierende Einflüsse auf das Rehabilitationsangebot aus?

Realisationsmöglichkeiten einer individuellen und verlaufsorientierten Rehabilitation

Hier wird zunächst auf Barrieren, die sich einer individuellen und verlaufsorientierten Rehabilitation entgegenstellen können, eingegangen. Vor allem wird diskutiert,

- inwieweit Rahmenbedingungen des Rehabilitationssystems, wie unterschiedliche Trägerzuständigkeiten, komplex strukturierte Großinstitutionen oder unterschiedliche in die rehabilitative Behandlung einzubeziehende Einrichtungen, die hier gegebenen Möglichkeiten beschränken und
- inwieweit eine individuell und verlaufsorientierte Rehabilitation gegenüber einer stärker standardisierten Behandlung Kostennachteile aufweist.

Abschließend werden neuere Entwicklungen im Rehabilitationssystem mit Bezug auf den Anspruch auf Berücksichtigung von Individualität im Rehabilitationsprozess diskutiert.

Eingegangen wird dabei auf:

- Bemühungen um Verbesserungen in der Zuweisung von Rehabilitanden zu Einrichtungen (Einsatz von Screening-Verfahren, differentielle Zuweisungsstrategien)
- Flexibilisierungskonzepte: dies sowohl bezogen auf die Dauer als auch auf die Art der rehabilitativen Angebote und das rehabilitative Setting (nicht-stationäre Angebotsformen)
- Fallgruppenkonzepte für Gruppen von Rehabilitanden vergleichbaren Behandlungsbedarfs
- Case-Management-Konzepte.

Veränderung im Arbeitsmarkt – noch Chancen für die Rehabilitation?

Dostal, W.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Im Übergang zu einer nachindustriellen Gesellschaft verändert auch die Arbeitswelt ihr Gesicht. Während in der Industriegesellschaft das abhängige arbeitsplatzorientierte Beschäftigungsverhältnis dominant und mit einer stabilen sozialen Absicherung verbunden wurde, zeigen sich in der aufkommenden nachindustriellen Gesellschaft deutliche Auflösungstendenzen. Allenthalben entstehen offene Arbeitsformen, die einerseits zu einer größeren Selbständigkeit und Verantwortung bei den Arbeitskräften führen, andererseits deren Einbindung und Absicherung aushöhlen.

Arbeitgeber scheinen nicht mehr bereit zu sein, für alle Mitarbeiter die Verpflichtungen und Kosten dauerhafter sozial abgesicherter Beschäftigungsverhältnisse zu übernehmen. Lediglich bei den Kernbelegschaften streben sie auch eine langfristige Bindung an. Die Weiterentwicklung der Qualifikationen sowie die soziale Absicherung der Randbelegschaften müssen außerhalb der Unternehmen organisiert werden.

Je nach der Aufgabe und der fachlichen Orientierung wird es zukünftig Bereiche geben, in denen die klassische Berufszuordnung erhalten bleibt oder sich noch verstärkt – so bei den fachlich orientierten Kernbelegschaften und bei den Freiberuflern -, andererseits Bereiche mit verlorengehender Berufsorientierung, dort, wo kurzfristig angelegte Jobs entstehen, die sich kaum zu Berufen weiterentwickeln lassen. Dies wird vor allem bei den infrastrukturorientierten Kernbelegschaften und bei den Randbelegschaften erfolgen, also bei jenen, die auch heute schon keine spezifische fachliche Ausrichtung zeigen und überwiegend nach extrafunktionalen Qualifikationen ausgewählt werden.

Für die Rehabilitation ergeben sich mit dem Bedeutungsgewinn offener Arbeitsverhältnisse ambivalente Rahmenbedingungen: Einerseits wird das Angebot wie auch die Stabilität von Arbeitsplätzen insbesondere im unteren Qualifikationsbereich, der für Segmente der Rehabilitanden von Bedeutung ist, abnehmen. Andererseits ist zukünftig nicht mehr die Stundenleistung, sondern das Arbeitsergebnis Maßstab in der Erwerbsarbeit. Damit erhalten auch Leistungsgeminderte neue Chancen, wenn sie ihren eigenen Rhythmus und ihre Stärken in individualisierten Arbeitsstrukturen verwirklichen können.

In diesem Sinne ergibt sich für die Rehabilitanden eine neue Situation: Da für diese Personengruppen kaum noch langfristige Einmündungen in die Stammbelegschaften zu erwarten sind, werden sich spezielle Arbeitsmärkte bzw. Unternehmen für diese Gruppe neben den klassischen Arbeitsmärkten entwickeln

Es ist nämlich nicht mehr zu erwarten, dass Arbeitgeber entsprechend definierte und abgesicherte Arbeitsplätze zur Verfügung stellen werden und dort Menschen mit Einschränkungen eine Beschäftigungsgarantie geben werden. Kernbelegschaften werden bei ihrem Einstieg über beste formale Qualifikationen und über hohe Mobilitätspotentiale verfügen müssen, die von Rehabilitanden sicherlich nur begrenzt angeboten werden können. Damit verliert die klassische Einmündung ihre Bedeutung.

Eine Einmündung in Randbelegschaften wird – sofern eine Marktorientierung gewährleistet werden kann - sicherlich möglich und zukünftig erleichtert werden, da im Mix der Organisationsstrukturen die Bedeutung dieser Randbelegschaften zunehmen wird. Unternehmen und Verwaltungen werden immer mehr Aufgaben auslagern und von spezialisierten Zuarbeitern erledigen lassen. Diese spezialisierten Unternehmen treten auf dem Markt auf und verkaufen ihre Dienstleistungen, die nach Inhalt, Qualität und Termin detailliert ausgehandelt worden sind. Dabei haben auch Zulieferer mit abweichenden Strukturen Chancen, beispielsweise spezielle Unternehmen, die mit einer Mischfinanzierung Behinderte beschäftigen. Hier lassen sich durchaus gesamtgesellschaftlich optimale Strukturen finden, in denen unter Sonderbedingungen eine tragfähige Integration erreicht werden kann.

Es ist daher Aufgabe der Rehabilitation, neben einer adäquaten Qualifizierung und Einübung ihrer Klientel auch Unternehmen aufzubauen bzw. als Unternehmer tätig zu werden, in denen die Vermarktung der Arbeitsleistung - das sind Produkte oder Dienstleistungen – übernommen werden, in denen geeignete Infrastrukturen aufgebaut werden und die als Garantiegeber auftreten. Diese Unternehmen können dann auch den speziellen Bedürfnissen dieser Personengruppen entgegenkommen und individuell angepasste Bedingungen schaffen, die bei der marginalen Beschäftigung von Behinderten in traditionellen Unternehmens- und Verwaltungsstrukturen bisher nur begrenzt und zukünftig nicht mehr realisiert werden können.

Literatur

Dostal, W. (1999): Zukünftige Anforderungen des Arbeitsmarktes. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.): Rehabilitation 1999. Fachtagung der BfA. Berlin, 30–41.

Dostal, W. (1999): Offene Arbeitsformen in der Informationsgesellschaft. In: Coenen, Kentner, Schiele, Valentin, Zober (Hg.): Loseblattwerk Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz aktuell, München/Jena .

Dostal, W., F. Stooß; L., Troll (1998): Beruf - Auflösungstendenzen und erneute Konsolidierung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 3, 438-460.

Die Individualität der Rehabilitanden und der sozialrechtliche Anspruch auf Rehabilitation

Welti, F., Sulek, C.

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Kiel

Untersuchungsgegenstand

Rehabilitation ist ein individueller Prozess, bei dem Einschränkungen und Beeinträchtigungen von Personen im Hinblick auf Bedürfnisse und gesellschaftliche Anforderungen so bearbeitet werden, dass Behinderungen verkleinert, beseitigt oder in ihren Auswirkungen gemildert werden. Für das Gelingen von Rehabilitation ist es bedeutend, dass die ergriffenen Maßnahmen den individuellen Problemen entsprechen und dass die Rehabilitanden ihre Rehabilitation selbst mit Überzeugung und Engagement betreiben.

Demgegenüber bietet das Rehabilitationsrecht Ansprüche auf Leistungen, die sowohl auf der Seite der Anspruchsvoraussetzungen wie auf der Seite der Anspruchsinhalte standardisiert sind. Zu fragen ist also, wie das Spannungsverhältnis zwischen individueller Rehabilitation und allgemein formulierter Norm so überbrückt wird, dass sowohl den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden als auch dem durch die Allgemeinheit seiner Geltung vermittelten Anspruch des Rechts auf Universalität, (zuteilende) Gerechtigkeit und gesellschaftliche Akzeptanz genügt wird.

Ob individuelle Gegebenheiten hinreichend und gerecht verwirklicht werden, kann bereits in Ansehung der Anspruchsvoraussetzungen gefragt werden. Diese sind mit ihren Voraussetzungen zunächst wesentlich für das „ob" der Rehabilitation.

Rehabilitation wird aber vor allem determiniert durch die Ausgestaltung der sozialrechtlichen Ansprüche. Zu untersuchen ist, auf welche Weise das Sozialrecht auch das „wie" der Rehabilitation bestimmt und ob dabei die Individualität der Rehabilitanden angemessen berücksichtigt wird.

Im Folgenden soll einerseits die rechtliche Tragweite der für alle Reha-Träger geltenden Norm des § 33 SGB I untersucht werden, andererseits sind die Hindernisse, die einer individualisierten Ausgestaltung der Rehabilitation in den verschiedenen Sozialleistungszweigen entgegenstehen, zu beleuchten.

§ 33 SGB I als allgemeiner Grundsatz des Sozialrechts

Das SGB I gilt als allgemeiner Teil für sämtliche Sozialleistungszweige, in denen Rehabilitationsleistungen erbracht werden. § 33 SGB I ist von allen Trägern, Widerspruchsstellen und Gerichten anzuwenden und kann nach § 37 SGB I auch nicht durch abweichende Regeln der besonderen Teile des SGB derogiert werden (enthält allerdings selbst einen Vorbehalt entgegenstehender Rechtsnormen). § 33 SGB I als Leitnorm einer Individualisierung

von Ansprüchen ist gerade für Rehabilitationsleistungen wichtig, weil bei ihnen – als Sach- bzw. Dienstleistungen zur Deckung eines speziellen Bedarfs - typischerweise Art und Umfang nicht im einzelnen gesetzlich festgelegt sein können. Dabei spielt nicht nur die Individualität des Rehabilitanden eine Rolle, sondern auch diejenige des Leistungserbringers, welcher die Leistung auch seinen individuellen Fähigkeiten gemäß gestaltet. Der Anspruchsberechtigte und der Leistungserbringer gestalten und modifizieren dabei gemeinsam das Sozialrechtsverhältnis zum Leistungsträger (Hill, NJW 1986, 260, 2609). § 33 SGB I drückt damit aus Sicht des allgemeinen Verwaltungsrechts ein wesentliches Prinzip der gesamten Leistungsverwaltung im sozialen Rechtsstaat, nämlich das Prinzip der kooperativen Entwicklung und Gestaltung des Leistungsverhältnisses, aus (Hill, NJW 1986, 2602, 2609).

Sozialleistungen und Berücksichtigung von Individualität im Lichte des § 33 SGB I

In den folgenden Abschnitten untersucht der Beitrag die Wirkung des § 33 SGB I innerhalb der Gewährung der verschiedenen Sozialleistungen.

Im Rahmen der Rentenversicherung erfolgt die Einbeziehung der Wünsche des Versicherten in erster Linie auf der Ebene der Ermessensausübung (so z.B. BSG vom 15.11.1983, 1 RA 33/83).

Dies muss dem Grunde nach auch bei den Reha-Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten. An dieser Stelle differenziert der Beitrag nach Ermessens- und sogenannten Rechtsanspruchsleistungen. Hierzu wird exemplarisch auf die „klassischen“ Reha-Leistungen als erstere und danach auf die Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V als Beispiel für eine Rechtsanspruchsleistung verwiesen. Bei den Reha-Leistungen problematisiert der Beitrag das Zusammentreffen von Ermessenserwägungen, der Anwendung von § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) und dem Grundsatz der freien Arztwahl (§ 76 SGB V). Im Hilfsmittelrecht wird die rechtsdogmatische Ausnahmestruktur der Norm herausgearbeitet. Behinderte, Kassen und Gerichte können danach die Entscheidung über die Notwenigkeit des Hilfsmittels auch ohne den Arzt treffen. Das Fehlen des sonst in das Verhältnis Krankenkasse und Versicherten üblicherweise „zwischengeschalteten“ Leistungserbringers macht die Anwendbarkeit des § 33 SGB I besonders interessant.

Am Beispiel der berufsfördernden Maßnahmen durch die Bundesanstalt für Arbeit wird im Folgenden aufgezeigt, dass § 33 SGB I konkreten Grundrechtsschutz denjenigen gewährt, die auf Sozialleistungen angewiesen sind. Die Gewährung solcher Leistungen hat einerseits freiheitssichernde und -verstärkende Wirkungen, da durch sie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben geschaffen oder auch gesichert wird (Artt. 12 Abs. 1, 2 Abs. 1 GG), kann aber durch ihre standardisierte Gewährung andererseits auch freiheitsbeschränkend wirken.

Zuletzt wird das Individualisierungsprinzip des BSHG dem des geschlossenen Normprogramm des SGB XI gegenüber gestellt. Die Berücksichtigung der Individualität des Hilfeempfängers erfolgt dabei grundsätzlich über § 3 Abs. 2 BSHG. Dabei gibt Satz 3 auch vor, dass Wünsche unberücksichtigt bleiben, die mit unangemessenen Mehrkosten verbunden sind. Ein Spannungsfeld entsteht immer dort, wo unterschiedliche Leistungsträger, also beispielsweise die Gesetzliche Pflegeversicherung auf der einen Seite und der Sozialhilfeträger auf der anderen Seite für die Leistungserbringung zuständig sind.

Schlussfolgerungen

Das geltende Reha-Recht birgt noch erhebliche Entwicklungspotentiale im Hinblick auf die Einbeziehung der Individualität der Rehabilitanden in den Prozess der Leistungskonkretisierung. Diese zu nutzen kann Effektivität und Effizienz der Maßnahmen erhöhen. Eine stärkere Integration der Rehabilitanden in den Reha-Prozess wird sowohl im Hinblick auf Beratungspflichten der Leistungsträger wie auch in Zusammenschau mit den Mitwirkungspflichten der Betroffenen von Bedeutung sein. Schließlich sichert sie die Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems innerhalb eines grundrechtlich fundierten modernen Sozialrechts.

Ergebnismessung in der Rehabilitation zwischen allgemeinen und individualisierten Ansätzen

Zwingmann, Ch., Gerdes, N., Jäckel, W.H.

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Das Motto des diesjährigen Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums – „Individualität und Reha-Prozess“ – wirft auch die Frage auf, wie der Individualität der Rehabilitanden mit ihren jeweils spezifischen Problemkombinationen und daraus ableitbaren Behandlungszielen bei der Ergebnismessung Rechnung getragen werden kann.

Typischerweise steht man bei der Ergebnismessung in der Rehabilitation vor der Situation, dass die interessierende Stichprobe hinsichtlich der im Einzelfall als relevant angesehenen Outcome-Variablen heterogen zusammengesetzt ist: Die Rehabilitation hat es mit einer Vielzahl möglicher Ziele zu tun, die für jeden Patienten je nach den medizinischen Befunden, der psychischen und sozialen Situation sowie den individuellen Leistungsanforderungen in Beruf und Alltagsleben variieren. In Abhängigkeit von den jeweiligen individuellen Ausgangsbedingungen werden bei den einzelnen Rehabilitanden also Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen angestrebt. Angesichts dieser Heterogenität stellt sich die Frage, wie auf Personen- und Stichprobenebene Ergebnisindikatoren gebildet werden können.

Sollen die Ergebnisse im Rahmen von Eingruppen-Prä-Post-Designs ermittelt werden, wird bisher – um möglichst viele der potentiell relevanten Zielbereiche zu erfassen – eine breite, mehrdimensionale Datenerhebung angestrebt. Bei allen Rehabilitanden werden dieselbe Vielzahl von interessierenden Outcome-Variablen sowohl zu Reha-Beginn als auch zu einem oder mehreren Post-Messzeitpunkten erfasst und die Prä-Post-Differenzen in diesen Variablen als Ergebnisindikatoren betrachtet. Die Attraktivität dieser „Allgemeinen Ergebnismessung“ resultiert aus dem möglichen Einsatz standardisierter Messinstrumente. Bei einer Vielfalt möglicher Outcome-Variablen ergibt sich allerdings als Nachteil der Allgemeinen Ergebnismessung, dass bei der Kalkulation aggregierter bzw. durchschnittlicher Prä-Post-Differenzen stets auch solche Werte einbezogen werden, die im Einzelfall nicht von Bedeutung sind. Unter der Annahme, dass sich die Ausprägungen solcher im Einzelfall irrelevanter Variablen zwischen den Messzeitpunkten nicht oder kaum verändern, verdecken Prä-Post-Differenzen von Summen- oder Mittelwerten, die aus allen Variablen gebildet werden, sowohl auf Personen- als auch auf Stichprobenebene die Veränderungen in den indi-

viduell relevanten Variablen („Redundanz der Daten“; Gerdes, 1998). Eine weitere Schwierigkeit der Allgemeinen Ergebnismessung besteht bei der Bewertung der Ergebnisindikatoren: Ohne zusätzliche Einarbeitung von Beurteilungsmaßstäben bleibt offen, wie groß die gebildeten Prä-Post-Differenzen ausfallen müssen, damit von „praktisch bedeutsamen“ Behandlungsergebnissen gesprochen werden kann.

Entsprechend der Überzeugung, „that success of services should be assessed through criteria that are in some sense tailored to the needs, abilities, and inspirations of those receiving assistance“ (Kiresuk et al., 1979), wurden in den 70er und 80er Jahren – vor allem in der Gemeindepsychiatrie und im klinisch-psychologischen Bereich – als Alternativen zur Allgemeinen Ergebnismessung verschiedene Methoden der „Zielerreichungsskalierung“ entwickelt. Das bekannteste dieser Verfahren ist das „Goal Attainment Scaling“ (GAS, Kiresuk et al., 1994). Beim GAS werden – unter Verzicht auf hohe Standardisierbarkeit – zu Beginn der Intervention für jede Person individuelle Zielwerte festgelegt, deren Erreichung zu einem oder mehreren Post-Messzeitpunkten überprüft wird. Als Ergebnisindikatoren gelten die zum Post-Messzeitpunkt festgestellten Zielwert-Post-Differenzen. Die Vorgehensweise des GAS ist – im Unterschied zur Allgemeinen Ergebnismessung – in hohem Maße an die Besonderheiten des einzelnen Patienten angepasst: Bei der Bildung der Ergebnisindikatoren werden ausschließlich einzelfallrelevante Variablen einbezogen, so dass das Problem der „Redundanz der Daten“ vermieden wird. Darüber hinaus wird das Problem der „praktischen Bedeutsamkeit“ einzelfallorientiert in die Vorgehensweise eingearbeitet. Aber auch das GAS ist mit Nachteilen verbunden; hierzu zählen vor allem die mögliche Konfundierung von Outcome-Messung und Erwartungsschätzung, der hohe Abstraktionsgrad aggregierter Daten, gegebenenfalls die Reaktivität des Evaluationsverfahrens sowie der hohe organisatorische und zeitliche Aufwand.

Zwischen der standardisierten Allgemeinen Ergebnismessung und dem hoch individualisierten GAS-Ansatz nehmen einige weitere Verfahren eine Mittelstellung ein. So schlägt Gerdes (1998) mit der „Zielorientierten Ergebnismessung“ eine Individualisierung der Allgemeinen Ergebnismessung vor. Eine Vereinfachung und Standardisierung des GAS-Prinzips wird durch den von Gerdes und Weidemann (1999) eingesetzten „Arztbogen“ und durch die „Basisdokumentation Psy-BaDo“ (Heuft et al., 1998) angestrebt. Auch die Vor- und Nachteile dieser Ansätze werden im vorliegenden Beitrag vergleichend diskutiert.

Literatur

Gerdes, N. (1998): Rehabilitationseffekte bei „zielorientierter Ergebnismessung“. Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. Deutsche Rentenversicherung 3-4/98, 217-238.

Gerdes, N., Weidemann, H. (Hrsg.) (1999): PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz (WKA) (Unveröff. Entwurfsexemplar). Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.

Heuft, G., Senf, W. (Hrsg.). (1998): Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme.

Kiresuk, T., Lund, S. (1979): Goal attainment scaling: Research, evaluation, and utilization. In H. Schulberg F. Baker (Eds.), Program evaluation in the health fields (Vol. 2, pp. 341-370). New York, NY: Human.

Kiresuk, T.J., Smith, A., Cardillo, J.E. (1994): Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Der Stellenwert personaler Ressourcen in unterschiedlichen rehabilitativen Angebotsformen

Morfeld, M., Bürger, W., Dietsche, S., Mathiszig, S., Koch, U.

Arbeitsgruppe Rehabilitationsforschung, Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

Der Einfluss personaler Ressourcen auf Erfolg bzw. Verlauf von Rehabilitationsmaßnahmen wird bereits seit geraumer Zeit diskutiert (Badura, 1987; Waltz, 1987). In der Rehabilitationsforschung werden Konzepte Sozialer Unterstützung insbesondere als Einflussvariable auf der Ebene des Nutzens verschiedener Maßnahmen berücksichtigt (Waltz, 1987).

Durch die zunehmende Diskussion um die Einführung ambulanter Rehabilitation stellt sich vermehrt die Frage nach der Angemessenheit der individuellen Behandlung bei Patienten. Dies betrifft die Berücksichtigung individueller Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten an die Ausgestaltung des jeweiligen Reha-Settings. Hier stellt sich z.B. die Frage, ob Rehabilitanden in stationärer Rehabilitation tatsächlich weniger die Erwartung hegen, von häuslichen und beruflichen Verpflichtungen entlastet zu werden, als Patienten, die sich in Modellen ambulanter Rehabilitation befinden.

Anhand eines Datensatzes zur Evaluation ambulanter/teilstationärer und stationärer orthopädischer Rehabilitation soll untersucht werden, ob es zwischen den Rehabilitationsformen Unterschiede hinsichtlich der Sozialstruktur der Patienten und der Erwartungen bezüglich häuslicher und beruflicher Verpflichtungen gibt.

Weiterhin soll untersucht werden, ob die geäußerten Erwartungen der Patienten - der Entlastung von häuslichen Verpflichtungen und Abstand vom Alltag bzw. des Wunsches nach enger Einbindung des personalen Umfeldes in den Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme - in den unterschiedlichen Reha-Settings berücksichtigt werden können. Dies betrifft unmittelbar die Frage nach den Behandlungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Settings aufgrund der dort vorgefundenen Patienten - ob also den Wünschen nach vermehrter Klärung familialer Probleme beispielsweise in einem ambulanten Setting entsprochen werden kann.

Methodik

In einer vom VDR und von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Auftrag gegebenen Untersuchung zum Wirksamkeitsvergleich ambulanter/teilstationärer und stationärer Rehabilitation bei orthopädischen Patienten wurden in 6 verschiedenen Einrichtungen (2 für ambulante/teilstationäre, 3 sowohl für teilstationäre als auch für stationäre, 1 ausschließlich für stationäre Patienten) bisher 685 Patienten zu Beginn und zum Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme befragt. Die Daten wurden sowohl direkt von den Patienten als auch von den behandelnden Rehabilitationsmedizinern erhoben. Es handelt sich um ein quasiexperimentelles Design. Unter Vorgabe von Einschlusskriterien wurden alle Patienten innerhalb eines Zeitraumes in den Einrichtungen in die Untersuchung aufgenommen. Die Perspektive der Studie ist sowohl ergebnis- als auch zielorientiert.

Ergebnisse und Diskussion

Ausgehend von den Ergebnissen der Sozialepidemiologie, dass personale Ressourcen insbesondere in der medizinischen Rehabilitation einen substantiellen Beitrag zum Erfolg der Maßnahme leisten, wurde untersucht, wie sich diese Ressourcen auf verschiedene Reha-Settings verteilen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass im ambulanten Setting von den Patienten sowohl eine engere Einbeziehung des Partners/der Familie wie auch die weiterbestehende Möglichkeit der Erwerbsarbeit erwartet wird.

Erste Ergebnisse zeigen, dass ambulante Reha-Patienten Wert auf die Einbeziehung des Partners legen, jedoch dem Familienkontakt dabei weniger Bedeutsamkeit als die stationären Rehabilitanden beimessen - anders als dem Kontakt zu Freunden, der während der Reha für ambulante Patienten nicht unerheblich scheint. Ruhe und Erholung sind für Patienten im ambulanten Setting weniger wichtig - keine Unterschiede fanden sich hingegen bei der Wertigkeit des Abstandes vom Alltag. Hinsichtlich der Möglichkeit des Weiterarbeitens zeigen sich zwischen den Settings keine Unterschiede!

Abstand vom Alltag, Ruhe und Erholung werden von Patienten im ambulanten Setting als weniger bedeutsam bezeichnet. Zusammenfassend kann für eine erste Auswertung der bisher vorliegenden Daten gesagt werden, dass sich die Patienten in den unterschiedlichen Settings sowohl auf der Seite der Sozialstruktur als auch auf der Seite der damit verbundenen Ressourcen unterscheiden. Kritisch muss hier angezweifelt werden, ob bei Berücksichtigung der strukturellen Bedingungen in den Einrichtungen spezifischen Erwartungen insbesondere ambulanter Patienten entsprochen werden kann.

Literatur

Badura, B. (1983): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/Main. Suhrkamp.

Bürger, W., Koch, U. (1999a): Indikation für ambulante und teilstationäre rehabilitative Angebote. Die Rehabilitation 39, Suppl. 1, 24-36.

Bürger, W., Koch, U. (1999b). Gibt es einen Bedarf für ambulante orthopädische Rehabilitation? – Ein Mehrperspektivenansatz. Die Rehabilitation 39, Suppl. 1, 12-23.

Schott, T. (1996): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Weinheim. Juventa.

Prädiktoren für die Einstellung zur kardiologischen Rehabilitation

Altenhöner, T., Grande, G., Leppin, A., Romppel, M.

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Hintergrund

Das Interesse an subjektiven, motivationalen Prädiktoren für die Bereitschaft, an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen sowie für den Erfolg solcher Maßnahmen hat in den letzten Jahren zugenommen (Deck et al., 1998). Trotzdem ist die Rolle subjektiver Einstellungen, Erwartungen und Ziele für die Rehabilitation bisher keineswegs hinreichend erforscht (Geelen et al., 1996). Wenig Erkenntnisse gibt es vor allem darüber, von

welchen Bedingungen und Faktoren solche Kognitionen und Emotionen bezüglich Krankheitsbewältigung und Rehabilitation selbst abhängen bzw. determiniert werden.

Mit dieser Untersuchung soll deshalb der Fragestellung nachgegangen werden, mit welchen Parametern sich die Einstellung zu einer kardiologischen Rehabilitation vorhersagen lässt. Dabei sollen zunächst soziodemographische Variablen betrachtet werden. Haben z.B. Jüngere bzw. Berufstätige oder Männer eine bessere Einstellung zur kardiologischen Rehabilitation? Ebenso ist von Interesse, welche Bedeutung den Risikofaktoren zukommt. Diese sollen sowohl einzeln als auch in ihrer Summe als Risikofaktorenbelastung betrachtet werden. Weiterhin soll geprüft werden, inwieweit der medizinisch diagnostizierte Gesundheitszustand und/oder subjektive Einschätzungen des Gesundheitszustandes in Zusammenhang mit der Einstellung zur Rehabilitation zu sehen sind.

Methodik

Der sozialepidemiologischen Studie liegt ein prospektives Design zugrunde. Circa 500 Herzinfarktpatienten und -patientinnen und ihre behandelnden Ärzte wurden zu drei Messzeitpunkten befragt: in der stationären Akutversorgung, während der Rehabilitation und nach Ablauf eines Jahres. Die Stichprobenrekrutierung erfolgte durch kooperierende Akutkrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Für die Beantwortung der o.g. Fragestellung wurden nur die Daten des ersten Messzeitpunktes herangezogen.

Folgende Variablen wurden in die Auswertung dieser Fragestellung einbezogen:

- soziodemographische Merkmale (Alter, Berufstätigkeit, Geschlecht)
- Angaben zur Risikofaktorenbelastung
- medizinisch diagnostizierte Variablen zum Gesundheitszustand (CK-Wert zur Aufnahme, Komorbidität)
- subjektive Einschätzungen des Patienten zum Gesundheitszustand
- Skala zur Erfassung der Rehaeinstellung

Ergebnisse

Die Ergebnisse einer logistischen Regression zeigten, dass die Einstellung zur Rehabilitation der wichtigste Prädiktor für eine angekündigte Teilnahme war.

Für die Vorhersage der Einstellungen ergaben sich folgende Befunde: Die soziodemographischen Variablen Alter und Berufstätigkeit zeigten keinen signifikanten Einfluss. Für Frauen ergibt sich dagegen eine schlechtere Einstellung zur Rehabilitation als für Männer.

Weder in der einzelnen Betrachtung der Risikofaktoren Adipositas, Arterielle Hypertonie, Diabetes, Hypercholesterinämie, Rauchen zu T1, noch in der multiplen Analyse lassen sich signifikante Ergebnisse nachweisen.

Bei den medizinischen Variablen wurde kein Einfluss der Komorbidität festgestellt. Für den CK-Wert zum Aufnahmezeitpunkt als Indikator für den Grad der Schwere des Infarkts ergab sich dagegen ein tendenzieller Effekt.

Die subjektiven Einschätzungen des allgemeinen Gesundheitszustandes haben einen positiven Einfluss auf die Einstellung zur Rehabilitation. Das Ausmaß der wahrgenommenen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch den Myokardinfarkt und die subjektive Einschätzung der Schädigung des Herzens bewirkten tendenziell eine Verbesserung der Re-

haeinstellung, d.h. eine stärker empfundene koronare Schädigung bzw. Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen zu einer positiveren Einstellung zur Rehabilitation.

Diskussion

Es scheint sich abzuzeichnen, dass wie in anderen Bereichen der Rehabilitationsversorgung auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten. So wurde bereits eine schlechtere Compliance (Schuster et al., 1991) von Frauen nachgewiesen und festgestellt, dass Frauen in der stationären Rehabilitation andere Präferenzen setzen, die in derzeitigen Rehaprogrammen nicht ausreichend berücksichtigt werden (Moore, 1996).

Bei der Motivierung von Herzinfarktpatienten für eine Rehabilitationsmaßnahme wäre es dementsprechend sinnvoll, subjektive Parameter, wie Einstellungen, stärker zu berücksichtigen und nicht ausschließlich auf medizinische Kriterien zu fokussieren.

Literatur

Deck, R., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 6 (3), 101-108.

Geelen, R.J., Soons, P.H. (1996): Rehabilitation: an “everyday” motivation model. Patient Education and Counseling, 28 (1), 69-77.

Moore, S.M. (1996): Women`s views of cardiac rehabilitation programs. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 16, 123-129.

Schuster, P., Waldron, J. (1991). Gender differences in cardiac rehabilitation patients. Rehabilitation Nursing, 16 (5), 248-253.

Chronifiziertes Krankheitsverhalten bei orthopädisch/traumatologischen Patienten mit Lumbalsyndrom

Weber-Falkensammer, H. (1), von Törne, I. (2)

(1) Bundesverband der Unfallkassen, München, (2) I + G Gesundheitsforschung, München

Im Rahmen der Begleitforschung für das Modell „Ambulante Rehabilitation bei orthopädisch/traumatologischen Erkrankungen“ der Ersatzkasse wurde unter anderem eine prospektive Kohortenstudie für Rückenschmerzpatienten durchgeführt.

Sowohl in ambulanten wie in stationären Einrichtungen wurden bei Patienten mit Lumbalsyndrom (mit oder ohne Schmerzausstrahlung ins Bein, mit oder ohne radikuläre Symptomatik) und kein Hinweis auf:

- eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung
- eine Wirbelkörperfraktur
- eine Tumorerkrankung
- Status nach frischer, kürzer als zwei Monate zurückliegender Bandscheibenoperation

Daten zu drei Messzeitpunkten (t0 = Beginn der Rehabilitationsmaßnahme, t1 = Ende der Rehabilitationsmaßnahme, t2 = Sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme) erhoben.

Zusätzlich wurde von den ärztlichen Therapeuten zu t0 und t1 für die Rückenpatienten eine Schmerzklassifikation vorgenommen, neurologische Befunde erhoben sowie bildgebende Verfahren und der Lasègue-Test ausgewertet. Die Dauer der Erkrankung sowie die Einschätzung der Schwere der klinischen Symptomatik durch die Ärzte sowie ein Grobscreening der Wirbelsäulenbeweglichkeit wurden erfasst.

Der zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzte Patientenfragebogen beinhaltete:

- soziodemographische Basisvariablen;
- Fragen zur Lebensqualität (SF-36);
- eine Schmerzskala;
- den Funktionsfragebogen Hannover-Rücken (FFBH-R);
- eine Belastungsskala am Arbeitsplatz;
- Fragebogen zur Rehabilitationsmotivation;
- Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme.

Insgesamt liegen für den Katamnesezeitraum Daten von 101 Patienten mit Rückenkohorte vor.

Davon wurden 47 Patienten ambulant und 54 stationär behandelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass nur minimale Unterschiede in der Eingangsdiagnostik der Ärzte bezogen auf die Patienten im ambulanten und stationären Setting bestehen. Einige Merkmale (Schmerzqualität, CT/NMR-Befunde) deuten auf eine stärkere Schädigung bei den ambulanten Patienten. Dagegen weisen die Ergebnisse sowohl des Funktionsfragebogens für den Rücken wie des SF-36 signifikante Unterschiede aus. Danach sind Patienten im stationären Setting in sämtlichen Funktionsparametern als deutlich eingeschränkter zu betrachten als die Patienten im ambulanten Setting.

Diese Unterschiede bleiben auch im Katamnesezeitraum erhalten und zeigen sich in einem stärkeren medizinischen Inanspruchnahmeverhalten sowie einem höheren Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den stationären Patienten.

Im Rahmen des Beitrags wird diskutiert, inwieweit bei den stationären Patienten der untersuchten Kohorte ein chronifiziertes Krankheitsverhalten vorliegt und welche Implikationen sich für eine frühzeitige Identifikation und ein stärker verhaltensmedizinisch ausgerichtetes therapeutisches Vorgehen daraus ergeben.

„Und dann weiß ich nicht, was ich tun soll“: Subjektive Theorien von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz

Wagner, R.F. (1), Meerts, S. (1), Lueger, S. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Würzburg, (2) Deegenberg-Klinik, Bad Kissingen

Einleitung

Bedingt durch Fortschritte in der medizinischen Behandlung und Rehabilitation sowie durch negative Lebensgewohnheiten nehmen chronische Erkrankungen deutlich zu. Für den weiteren Verlauf vieler chronischer Erkrankungen stellt die Compliance des Patienten eine entscheidende Größe dar. Sie wird bestimmt von den individuellen Modellen des Patienten, die er über seine Erkrankung entwickelt hat. Bei diesen individuellen Vorstellungen spielen vor allem eigene Einflussmöglichkeiten – sensu internale Kontrollüberzeugungen oder Selbstwirksamkeitserwartungen – eine wichtige Rolle für das subjektive Erleben und Verhalten des Patienten (Feist et al., 1988). Bisherige Arbeiten, welche den Zusammenhang von subjektiven Vorstellungen und Krankheitsverlauf untersuchen, erheben die Sichtweise des Patienten meist mit (zweigliedrigen) Fragebogenverfahren, welche die Modellbildungskompetenz des Individuums nicht berücksichtigen (Gigerenzer, 1981). Da sich Patienten jedoch individuelle Modelle über ihre Erkrankung und deren Verlauf machen, wäre eine individuelle, dreigliedrige Erhebung der Sichtweise des Patienten dem Gegenstand angemessen (Wagner, 1998).

Methodik

In einer kombinierten Quer- und Längsschnittstudie, die am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg in Kooperation mit der Deegenberg-Klinik in Bad Kissingen durchgeführt wird, erfolgt eine methodisch ausgearbeitete Erhebung der Innensicht von Rehabilitanden, die an chronischem Rückenschmerz leiden. Das methodische Vorgehen orientiert sich dabei am Forschungsprogramm Subjektive Theorien (Groeben et al., 1988) und sieht zwei Forschungsphasen vor: In der Phase der kommunikativen Validierung werden mit jedem einzelnen Rehabilitanden anhand eines Interviewleitfadens zwei ausführliche Gespräche geführt. Inhaltlich werden dabei die Vorstellungen des Patienten über seine chronischen Rückenschmerzen erhoben. Diese individuelle Erfassung der Innensicht des Patienten hat den großen Vorteil, dass sowohl individuelle Konzepte des einzelnen Rehabilitanden als auch die relationalen Verbindungen der Konzepte erhoben werden können (Filipp et al., 1996). Am Ende der Phase der kommunikativen Validierung legt der Rehabilitand mit Hilfe von Konzept- und Relationskärtchen ein Strukturbild seiner subjektiven Theorie. In der anschließenden Phase der explanativen Validierung werden die erhobenen, kommunikativ validierten subjektiven Theorien mit Hilfe von Außendaten überprüft. Hier wird der Frage der Handlungsleitung nachgegangen: Verhält sich der Patient wirklich so, wie er es in seiner subjektiven Theorie angibt? Dazu werden Angaben z.B. von Ärzten, Pflegekräften und aus Fragebögen herangezogen.

Ergebnisse

Dargestellt werden verschiedene subjektive Theorien von Patienten zu ihren chronischen Rückenschmerzen. Dabei wird demonstriert, wie einige Verhaltensweisen von Patienten erst unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Theorie als sinnvolle Handlungen interpretiert werden können. Reaktionen des Patienten, die aus der Außenperspektive betrachtet eher unverständlich wirken, können sich durch die Betrachtung der subjektiven Theorie der Patienten als vernünftige Bewältigungsstrategien herausstellen. Ergebnisse der explanativen Validierung der subjektiven Theorien werden berichtet. Diese idiographischen Analysen werden ergänzt durch nomothetische Auswertungen, bei denen verschiedene Gruppen von Patienten mit ähnlichen subjektiven Theorien zusammengefasst werden. Dadurch ergeben sich Modalstrukturen unter die sich verschiedene subjektive Theorien mit ähnlichen Inhalten subsumieren lassen.

Diskussion

Durch die Berücksichtigung der Innensicht des Patienten ergeben sich neue Perspektiven für die Rehabilitation. Unspezifische Interventionsprogramme können bei Kenntnis der subjektiven Theorien der Patienten gezielt verändert und der Situation des Patienten angepasst werden. So können in speziellen Schulungsprogrammen jene Aspekte besonders betont werden, die in den subjektiven Theorien der Patienten noch ausgeblendet werden bzw. falsch abgebildet sind. Das Wissen um Schwachstellen in den Theorien der Patienten ermöglichst somit eine bessere Passung zwischen den Bedürfnissen des Patienten einerseits und dem Angebot der Klinik andererseits. Umgekehrt ist es aber auch möglich, dass durch die Berücksichtigung der subjektiven Theorien neue Aspekte für die Rehabilitation entdeckt werden, die zu einer Erweiterung bestehender Programme führen kann.

Literatur

Feist, J., Brannon, L. (1988): Health Psychology: An introduction to behavior and health. Belmont: Wadsworth.

Filipp, S.H., Aymanns, P. (1996): Subjektive Krankheitstheorien. In: R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (2. Aufl.), Göttingen: Hogrefe, 3-21.

Gigerenzer, G. (1981): Messung und Modellbildung in der Psychologie. München: Reinhardt.

Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J., Scheele, B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke.

Wagner, R.F. (1998): Der Einfluss subjektiver Theorien auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung - dargestellt am Beispiel von Patienten mit chronischer Pankreatitis. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 48, 491-498.

Zufriedene oder unzufriedene Patienten: Welche Merkmale bestimmen die Zufriedenheit mit einer Rehabilitationsmaßnahme?

Deck, R., Zimmermann, M., Raspe, H.

Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität, Lübeck

Fragestellung

Verschiedene Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit zeigen sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungsbereich, dass sich der überwiegende Teil der Befragten mit der Behandlung, der Betreuung und mit der Unterkunft sehr zufrieden äußert (Aust, 1994; Raspe, 1996). Definiert man Zufriedenheit als das Verhältnis zwischen den eigenen Erwartungen und der vorgefundenen Situation (Forschungsgruppe Gesundheit, 1994), dann sollte sich die Zufriedenheit der Patienten in erfüllten bzw. nicht erfüllten Erwartungen entsprechend niederschlagen.

Im Rahmen eines im Längsschnitt angelegten Forschungsprojekts wurden beide Merkmale untersucht. Die rehabilitationsbezogenen Erwartungen wurden mit einem standardisierten Fragebogen erfasst, der mit 17 Items vier unterschiedliche Dimensionen beinhaltet: „Wohlbefinden / Erholung", „Gesundheit", „Krankheitsbewältigung und „Rente / Beruf" (Deck et al., 1998). Für die Erfassung der Zufriedenheit wurden die Patienten um eine Beurteilung verschiedener Rehabilitationsbereiche gebeten. Die Zufriedenheit mit der „Klinik", mit der „ärztlichen Behandlung", mit der „Unterkunft" und mit den „Therapien" sollte anhand des Schulnotensystems von 1 (sehr gut) bis 6 (mangelhaft) angegeben werden. Das subjektive Leistungsvermögen wurde multidimensional (Funktionsbehinderung, Schmerz, katastrophisierende Kognitionen und Depressivität) erfasst. Die Zusammenhänge von Patientenerwartungen mit der Zufriedenheit in verschiedenen Rehabilitationsbereichen sowie der Einfluss von Patienten- und Krankheitsmerkmalen werden dargestellt.

Methode

Von 307 Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen liegen Daten aus einem umfangreichen Selbstausfüllfragebogen zu drei Messzeitpunkten (Beginn: T0, Ende: T1, zwölf Monate nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme: T2) vor. Das subjektive Leistungsvermögen wurde als Outcome-Variable zu allen Messzeitpunkten erhoben. Die rehabilitationsbezogenen Erwartungen der Patienten wurden ebenfalls im Längsschnitt, die Zufriedenheit der Patienten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme erfasst. Der Zusammenhang von rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Zufriedenheit wurde sowohl für die Erwartungen der Patienten zu T0 als auch für die erfüllten bzw. insbesondere die nicht erfüllten Erwartungen zu T1 untersucht. In multiplen Regressionsanalysen wurde der Einfluss soziodemographischer Merkmale, des subjektiven Leistungsvermögens und die verschiedenen Erwartungsperspektiven bestimmt. Der Einfluss der Kombination von nicht erfüllten Erwartungen und Zufriedenheit auf das Leistungsvermögen wurde varianzanalytisch untersucht.

Ergebnisse

Die Patienten unserer Studie äußerten sich am Ende der Maßnahme in allen erfassten Bereichen erwartungsgemäß überdurchschnittlich zufrieden (Mittelwert 1.9 - 2.1). Unter Berücksichtigung der rehabilitationsbezogenen Erwartungen zeigte sich, dass Patienten, die mit geringen Erwartungen die Maßnahme antraten, in allen Zufriedenheitsbereichen deutlich „schlechtere Noten" (pmin < 0.05) vergaben als Patienten, die mit hohen Erwartungen die Maßnahme begonnen hatten. In den multiplen Regressionsanalysen zeigte sich in allen Zufriedenheitsbereichen ein signifikanter Alterseffekt. Ältere Patienten äußerten sich generell zufriedener als jüngere. Das subjektive Leistungsvermögen zu T0 war für alle Ausprägungen der Zufriedenheit nicht prädiktiv. Von den rehabilitationsbezogenen Erwartungen übte insbesondere die Dimension „Wohlbefinden / Erholung" einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit aus, Erwartungen der Dimension "Rente /Beruf" gingen dagegen mit einer geringeren Zufriedenheit einher. Erwartungen, die zu Beginn der Maßnahme genannt wurden und die am Ende der Rehabilitation nicht erfüllt worden waren, übten unter Kontrolle von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand zu T0, einen signifikanten Einfluss auf fast alle Zufriedenheitsbereiche aus, insbesondere auf die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung (r2=0.10). Weiterführende Analysen ergaben, dass eine Konstellation aus nicht erfüllten Erwartungen (T0 erwartet, T1 nicht erfüllt) und geringerer Zufriedenheit das subjektive Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme in ungünstiger Weise beeinflusst (eta2 zwischen 0.10 - 0.16).

Schlussfolgerungen

Die Zufriedenheit der Patienten hängt in hohem Maß mit den rehabilitationsbezogenen Erwartungen der Patienten zusammen. Es lassen sich positive Zusammenhänge zwischen „rehabilitationsförderlichen" (z.B. „Wohlbefinden / Erholung) und negative Zusammenhänge zwischen „rehabilitationshemmenden" (z.B. „Rente / Beruf") Erwartungen und der Zufriedenheit feststellen. Darüber hinaus beeinflusst eine ungünstige Konstellation aus nicht erfüllten Erwartungen und geringerer Zufriedenheit das subjektive Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitation.

Literatur

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Rehabilitation 37,140-146.

Forschungsgruppe Gesundheit (1994): Zufriedene Patienten? WZB-Mitteilungen 65, 25-27.

Maust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Publications series of the research group "Health Risks and Preventive Policy", Berlin.

Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., Meier-Rebentisch, K. (1996): Patienten-Zufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indikator? Gesundheitswesen 58, 372-378.

Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation

Kawski, S. (1), Koch, U. (1), Dirmaier, J. (1), Beckmann, U. (2), Egner, U. (2)

(1) Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg,
(2) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde seit Mitte der 90er Jahre durch die gesetzliche Rentenversicherung ein breit gefächertes Qualitätsmanagementprogramm entwickelt und mit dessen Einführung in die Routine begonnen. Das sog. 5-Punkte-Programm, an dem sich 942 Rehabilitationskliniken aus allen Indikationsbereichen beteiligen, bezieht sich in den analyseorientierten Programmpunkten 1 bis 4 auf die Erfassung von Struktur- und Konzeptmerkmalen, Dokumentation von Therapieplänen, ein Qualitätsscreening der Prozessdokumentation und die Befragung der Patienten (Egner et al., 1998).

Für den letztgenannten Programmpunkt „Patientenbefragung", der der Donabedian-Dimension der „Ergebnisqualität" zuzuordnen ist, werden die Patienten über Zufallsstichproben gewonnen.

Einige Wochen nach Beendigung ihres Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik werden die Stichproben-Patienten nach ihrer Behandlungszufriedenheit und dem wahrgenommenen Ergebnis der Rehabilitation befragt.

Auf der Grundlage eines von der für die somatischen Indikationen entwickelten Fragebogens (Raspe et al., 1997) wurde für die „psychischen Rehabilitationsindikationen" ein spezifisches Instrument entwickelt, das in seiner endgültigen Version im Frühjahr 2000 zur Routinisierung zur Verfügung stehen soll.

Im Teil „Patientenzufriedenheit" bezieht sich der Fragebogen auf die Einschätzung des ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Dienstes, Zufriedenheit mit den Behandlungsmaßnahmen und der Organisation sowie mit der Planung der Nachsorge. Der „Outcome"-Teil erfragt neben gesundheitlichen Beschwerden und ihren Folgen für Beruf und Alltag Veränderungen der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit.

Im Rahmen einer umfangreichen Felderprobung wurde der von der Hamburger Forschungsgruppe Qualitätsmanagement erarbeitete Fragebogen in der ersten Hälfte 1999 eingesetzt. Angeschrieben wurden Patienten von der BfA belegten psychosomatischen und Sucht-Kliniken. Dabei wurde ein Datensatz über 1238 Rehabilitanden aus insgesamt 77 Kliniken (42 Psychosomatik, 35 Sucht) gesammelt. Er bildete die Grundlage für die Evaluation des Instrumentes und Skalenbildung sowie die Entwicklung klinikbezogener Rückmeldestrategien. Dabei weist die im Rahmen der testtheoretischen Überprüfung gefundene einfaktorielle Struktur für den Zufriedenheitsteil auf die Homogenität der Zufriedenheitsitems, mit einer substanziell hohen Validität und zufriedenstellender interner Konsistenz. Für den Outcome-Teil ließ sich statistisch eine Unterteilung in sieben Faktoren ermitteln, „allgemeiner körperlicher und seelischer Gesundheitszustand", „Depressivität", „Ängstlichkeit / Unsicherheit", „Somatisierung", „Medikamentenkonsum", „Aggression / Feindseligkeit" und „Sucht- / Genussmittelkonsum". Die Faktorenstruktur mit überwiegend hohen Reliabilitäten bestätigte die Strategie einer Übernahme von Skalen aus zugrundegelegten Instrumenten in der Verfahrensentwicklung.

Der Feststellung, dass die Einschätzung der Ergebnisqualität durch die Patienten nicht gleichbedeutend ist mit der Zufriedenheit mit der Behandlung (Raspe et al., 1996, 1998), entspricht die im vorliegenden Datensatz gefundene niedrige Korrelation der Outcomeskalen mit der Zufriedenheitsskala. In den Analysen aufgezeigte Einflüsse soziodemographischer Faktoren auf die Patientenzufriedenheit zeigen zudem die Notwendigkeit, für Ergebnisrückmeldungen an die beteiligten Kliniken neben Grundsätzen der Strukturgleichheit (Kawski et al., 1999) Strategien zur Berücksichtigung der behandelten Patientengruppen einzubeziehen.

Literatur

Egner, U., Gerwinn, H., Müller-Fahrnow, W., Schliehe, F. (1998): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation - Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven. Rehabilitation. 37 Suppl. 1, 2-7.

Kawski, S., Koch, U. (1999): Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 49 (9/10), 316-325.

Raspe, H.H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A., Petras, H. (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit"). Rehabilitation. 36, XXXI-XLII.

Raspe, H.H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., Meier-Rebentisch, K. (1996): Patienten-„Zufriedenheit" in der medizinischen Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indikator? Gesundheitswesen. 58, 372-378.

Evaluation eines Gruppentherapieprogramms für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - Erste Ergebnisse zu Akzeptanz und Zufriedenheit

Schmitz, B. (1), Husen, E. (1), Handke-Raubach, A. (1), Limbacher, K. (1), Schuhler, P. (2), Jahrreiss, R. (2), Jung, A. (2)

(1) Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim, (2) Psychosomatische Fachklinik, Münchwies

Die psychosomatischen Fachkliniken Bad Dürkheim und Münchwies realisieren ein innovatives Gruppentherapieprogramm, das sich gezielt an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen richtet (Schmitz, 1999; Schmitz et al., 1999; Schmitz et al., 1998). Auf theoretischen Hintergrund und Interventionskonzept gehen Schmitz et al. in ihrem Beitrag näher ein.

Das Gruppentherapieprogramm für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wird im Vergleich zu der eingeführten herkömmlichen Behandlung evaluiert[1]. Verglichen werden die

[1] Die Studie ist Teilprojekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Südwestdeutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Effekte der neuen Interventionsmaßnahmen auf zwei Experimentalgruppen, jeweils in der psychosomatischen und der Suchtklinik, mit den Effekten der herkömmlichen Therapie auf zwei Kontrollgruppen, ebenfalls jeweils eine in der psychosomatischen und Suchtklinik. Die Zuordnung zu den Gruppen geschieht randomisiert. Dabei sind drei Messzeitpunkte vorgesehen: Bei Aufnahme, bei Klinikentlassung sowie eine Ein-Jahres-Katamnese. Untersucht werden Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen und Essstörungen in der psychosomatischen Klinik und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol oder Medikamente) im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung. Die abhängigen Variablen lassen sich in 6 Bereiche ordnen: Symptomatologie (Verfahren u.a. FBL, BDI), Subjektive Gesundheit / Lebensqualität (u.a. IRES, SF-12), Persönlichkeitsstile / Interpersonelle Probleme (u.a. IIP-D, PSSI), Basisfertigkeiten / Soziale Unterstützung (u.a. F-SOZU, U-Fragebogen), Bewertung und Akzeptanz der Maßnahme (Eigenentwicklungen) sowie Objektive Daten (AU-Zeiten).

Zentrale Hypothese unserer Studie ist, dass Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung, die an dem neuen (persönlichkeits-) störungsspezifischen Gruppentherapieprogramm teilnehmen, günstigere Rehabilitationsergebnisse erzielen als Patienten, die am etablierten Behandlungsprogramm teilnehmen. Zudem gehen wir (als Voraussetzung dieser zentralen Annahme) von einer hohen Akzeptanz und positiven Bewertung des Gruppenprogrammes bei den Teilnehmern aus, sowie einer im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe höheren Zufriedenheit mit der gesamten Therapie. Im folgenden werden erste Ergebnisse aus diesem Bereich berichtet, die sich auf die Bad Dürkheimer Stichprobe beziehen.

Mit Studienbeginn im Oktober 1998 haben in der Fachklinik Bad Dürkheim bis Oktober 1999 65 Patienten das Programm durchlaufen. In der Kontrollgruppe befinden sich 60 Patienten. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich soziodemographischer Daten, Achse I. und II. Diagnosen sowie klinischer Verweildauer (Therapiedosis insgesamt). Im Entlassfragebogen, den alle Patienten der Fachklinik am Ende des stationären Aufenthalts obligatorisch ausfüllen, beschrieben sich die Patienten der Experimentalgruppe - verglichen mit den Patienten der Kontrollgruppe - als mit der Behandlung zufriedener (u.a. signifikant bessere Einschätzung des Therapieerfolges).

Vor dem Hintergrund eines vorgeschlagenen Regelkreismodells der Akzeptanz und Zufriedenheit des Patienten mit dem therapeutischen Setting im Gesamtprozess der Therapie (Husen & Bischoff, 1998) wurde zur Prozessevaluation ein Gruppenbewertungsbogen entwickelt, der jeweils am Ende der 6 Therapieeinheiten zu den Persönlichkeitsstilen bearbeitet wird (Husen, i.V.), sowie zur Outputevaluation ein Bewertungsbogen, der das gesamte Programm thematisiert (ebd.). Faktorenanalytisch konnten für beide Fragebögen jeweils 4 Skalen mit hinreichenden bis guten Reliabilitäten (.77< Cronbach´s Alpha <.93) und inhaltlicher Interpretierbarkeit gebildet werden. Insgesamt hinterlässt das Gruppenprogramm einen sehr positiven Gesamteindruck, die Patienten fühlen sich durch das Setting aktiviert (Skala Aktivation), in die Gruppe integriert (Skala Integration in die Gruppe) und besonders gut informiert (Skala Informationsgehalt). Dem Programm wird eine hohe Auswirkung (Skala Wirkung) hinsichtlich Problemverständnis und Verhaltensänderung zugeschrieben.

(BMBF) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderkennzeichen: 01GD9803.

Wir interpretieren diese Ergebnisse als erste Bestätigung der Hypothese, dass die Teilnehmer das neue Gruppenprogramm akzeptieren und mit diesem zufrieden sind. Dem störungsspezifischen Programm wird eine hohe Bedeutung für den Behandlungserfolg beigemessen und die allgemeine Zufriedenheit mit der psychosomatischen Rehabilitation erhöht sich.

Literatur

Husen, E., Bischoff, C. (1998): Ambulante Massnahmen zur Vor- und Nachbereitung stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Effekte auf die Patientenurteile über die Behandlung. Praxis - Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 44.

Schmitz, B. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Behandlungsansätze und Psychoedukation. In: H. Saß (Hrsg.), Therapie der Persönlichkeitsstörungen (S. 25-47). Stuttgart-New York: Thieme.

Schmitz, B., Handke-Raubach, A. (1999): Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Gruppentherapieprogramm für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Praxis der Klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation (im Druck).

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, K. (1998): Manual „Persönlichkeits- und Kommunikationsstile“. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Gruppentherapieprogramm für Patienten mit dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen. Bad Dürkheim, Münchwies: Unveröffentlichtes Manuskript.

Flexibilisierung der Rehabilitation – Unterscheidet sich die Patientenzufriedenheit im Vergleich der Versorgungsformen?

Iseringhausen, O., Schott, T., Lanver, C., vom Orde, A.

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Gegenstand und Fragestellung

Medizinische Rehabilitationsleistungen wurden bisher überwiegend stationär durchgeführt. Gegenwärtig sind vor dem Hintergrund der Diskussion um den Ausbau eines flexiblen Versorgungssystems von den Rehabilitationsträgern verstärkt Konzepte für die ambulante Rehabilitation entwickelt worden. Wichtige und viel zitierte konzeptionelle Anforderungen sind die Prinzipien der Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität, Rehazielorientierung und der Zusammenarbeit im Rehateam (Maier-Riehle et al., 1999). Die Patientenzufriedenheit stellt für die Akzeptanz und den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme einen zentralen Aspekt dar (vgl. Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversichererer). Vier Organisationsformen medizinischer Rehabilitation werden miteinander vor dem Hintergrund der Patientenzufriedenheit verglichen:

1. Stationäre Rehabilitation in einer Rehaklinik
2. Ambulante/teilstationäre Rehabilitation in einer Rehaklinik
3. Ambulante/teilstationäre Rehabilitation in einem ambulanten Rehazentrum mit Kooperation mit einer Rehaklinik

4. Ambulante/teilstationäre Rehabilitation in einem ambulanten Rehazentrum ohne Kooperation mit einer Rehaklinik

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer Evaluationsstudie zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und widmen sich folgenden Fragen:

1. Inwieweit unterscheiden sich die Versorgungsformen bezüglich ihrer Strukturqualität (personelle Besetzung, räumliche Ausstattung, Patientenaufkommen)?
2. Inwieweit unterscheiden sich die Versorgungsformen in ihrer Prozessqualität (Therapiekonzept, Therapieplanung etc.)?
3. Inwieweit unterscheiden sich die Versorgungsformen im Vergleich der Patientenzufriendenheit (Akzeptanz der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen, allgemeine Zufriedenheit, Zufriedenheit mit den Berufsgruppen oder mit den Rahmenbedingungen der Einrichtungen)?

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen des Projektes „Evaluation ambulanter/teilstationärer Rehabilitation im Indikationsbereich Kardiologie“ gefördert von den Spitzenverbänden der Renten- und Krankenversicherungen beteiligten sich bundesweit acht Rehabilitationseinrichtungen. Für den Bereich der Strukturevaluation wurde der Fragebogen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer „Klinikdokumentation Strukturmerkmale“ verwendet.

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden qualitative teilstrukturierte Interviews sowohl mit den Patienten als auch mit den Ärzten, Pflegern, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeitern geführt und aufgezeichnet.

Ein weiterer Teil dieser Gesamtstudie besteht aus einer sozialepidemiologischen Längsschnittstudie, die über vier Messzeitpunkte (vor, nach Abschluss, ½ J. und 1 J. nach der Reha) die Rehabilitationsergebnisse untersucht. Die Ausgangsstichprobe zu T1 beträgt ca. 1000 Patienten.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigen, dass die beteiligten Modelleinrichtungen zwar hinsichtlich des Patientenaufkommens (Diagnosen etc.) miteinander vergleichbar sind, jedoch bezüglich ihrer strukturellen Parameter, wie z.B. Anzahl der Behandlungsplätze nur schwer miteinander vergleichbar sind. Das Spektrum der Gesamtzahl der Behandlungsplätze reicht von einer ambulanten Rehabilitationspraxis mit 40 Plätzen bis hin zu einer Klinik mit 556 Plätzen. Daraus folgt, dass bereits diese erheblichen Unterschiede im Bereich der Einrichtungsgröße einen direkten Vergleich der Strukturen erschweren. Das bedeutet zugleich, dass entsprechende Kennzahlen der Strukturqualitäten, wie z.B. die Personalsituation nur in Relation zu den jeweiligen Behandlungsplätzen verglichen werden können (Koch et al., 1998).

Erste Ergebnisse der Prozessanalysen belegen, dass beim Vergleich prozessualer Merkmale zum einen zwischen der Versorgungsformen, zum anderen aber auch zwischen den Einrichtungen innerhalb der Versorgungsform Unterschiede – wenn auch nur geringfügig – bestehen. In allen Versorgungsformen werden den Rehabilitationsmaßnahmen zugrunde liegende Handlungskonzepte nach den Prinzipien der Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität, Rehazielorientierung und der Zusammenarbeit im Rehateam umgesetzt.

Eine erste vorläufige Analyse zum Zeitpunkt T2 (am Ende der Rehabilitation) ergab hinsichtlich der Patientenzufriedenheit bezüglich verschiedener Aspekte der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme, dass die Patienten der jeweiligen Versorgungsformen mit der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme unterschiedslos zufrieden bis sehr zufrieden waren. Auf die Frage hin, welche Rehabilitationsform die Patienten in Zukunft wählen würden, ergab sich folgendes Bild. Während in der stationären Versorgungsform 81,7 % der Patienten sich erneut für einen stationären Aufenthalt entscheiden würden, geben 79,9 % der ambulant/teilstationären Patienten an, erneut diese Rehabilitationsform zu wählen.

Diskussion

Diese Ergebnisse zeigen, dass sich z.B. die Patientenzufriedenheit mit den Betreuungen durch das Personal, der Organisation der Abläufe als auch mit der Rehabilitationsform in allen vier Versorgungsformen ähnlich gelagert sind. Möglicherweise zeigen weitere Analysen, dass bei einer anderen Gruppenbildung, wie z.B. Schwere der Herzerkrankung, Alter und Geschlecht der Patienten etc. differenziertere Aussagen getroffen werden können. Aufgrund dieser Gruppenbildung ließen sich Empfehlungen hinsichtlich differentieller Zuweisungskriterien formulieren. Ebenso erscheint eine andere Gruppenbildung als die Einteilung des Evaluationsmodells in stationär, teilstationär/ambulant in einem Rehazentrum mit Anbindung an eine Klinik etc. sinnvoll. Auch umgekehrt ließen sich die Daten der Strukturdokumentation gruppieren, wie z.B. nach Einrichtungen mit unterschiedlichen Personalschlüsseln, um diese mit den Ergebnisdaten in Beziehung zu setzen. Spiegelten sich dann Strukturmerkmale in den Ergebnissen wieder, wären erste Indikatoren von Qualität der strukturellen und prozessualen Merkmale verschiedener Rehabilitationseinrichtungen gefunden.

Literatur

Koch, U. et al. (1998): Strategien zur Taxonomie von Rehabilitationskliniken auf der Basis von Strukturgleichheit, in: Die Rehabilitation 37, Supl.1, 8-14.

Maier-Riehle, B., Schliehe, F. (1999): Aktuelle Entwicklungen in der ambulanten Rehabilitation, in: Die Rehabilitation 38, Supl.1, 3-12.

Ambulante Maßnahmen zur Nachbereitung stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten

Bischoff, C., Ehrhardt, M., Husen, E.

Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim

Patienten, die sich einer stationären Verhaltenstherapie unterziehen, sind im Vorfeld der Aufnahme oftmals wenig zu einer solchen Intervention motiviert. Bei der Entlassung stehen sie andererseits meist vor dem Problem, das in der Klinik Erlernte zu Hause angemessen und wirkungsvoll umzusetzen. Das Modellprojekt „Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen" der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim[2] versucht diese Schwierigkeiten

[2] Ein Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg /

durch gezielte Interventionen, vier Wochen vor und bis zu acht Wochen nach dem stationären Aufenthalt zu beheben (Ehrhardt et al., 1996). Das Projekt wird in Form eines Feldexperiments evaluiert (Bischoff et al., 1998). Eine Kontrollgruppe erhält die herkömmliche stationäre Therapie, die Therapie der Experimentalgruppe wird ergänzt durch prä- und poststationäre ambulante Interventionen. Untersucht werden Patienten mit Angststörungen, affektiven Störungen und ausgewählten somatoformen Störungen. Forschungsleitende Hypothese ist, dass die PatientInnen der Experimentalgruppe von der Rehabilitationsmaßnahme hinsichtlich verschiedenster Parameter mehr profitieren als PatientInnen der Kontrollgruppe.

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit einem Ausschnitt der Projektarbeiten: mit den poststationären Angeboten, die überwiegend in Form von Einzelgesprächen und einer neu entwickelten, manualisierten poststationären Gruppentherapie stattfinden. Die zwei Doppelstunden unfassenden Gruppensitzungen fokussieren mit psychoedukativen, erlebnisaktivierenden und problemlösenden Therapiestrategien unmittelbar auf die konkreten Zielsetzungen der einzelnen Patienten in der stationär-ambulanten Übergangsphase. In der ersten Gruppensitzung werden die Zielumsetzungen seit der Entlassung aus der stationären Therapie und die Zielplanung bis zur nächsten Gruppensitzung vierzehn Tage später behandelt, die zweite Gruppensitzung dient dazu, eventuelle Probleme mit der Zielerreichung in den vergangenen beiden Wochen aufzuarbeiten und Perspektiven der näheren Zukunft zu entwickeln.

Der Evaluation speziell der poststationären Maßnahmen dient u.a. ein Fragebogen zu den Postgruppensitzungen, ein Fragebogen zu den poststationären Maßnahmen insgesamt und ein neu entwickelter Fragebogen (ERZ, Husen u.a., in Vorbereitung), der in Inhalt und Ausrichtung den Postgruppensitzungen korrespondiert (siehe dazu Beitrag von Husen und Bischoff).

Bislang haben 46 Patienten der Experimentalgruppe an prä- und poststationären Angeboten teilgenommen, 27 von diesen an Postgruppenabenden. Die Postgruppenabende mit ihren einzelnen Elementen werden von den Patienten hinsichtlich der Aspekte: Wichtigkeit und therapeutische Effektivität, Didaktik und Zufriedenheit überwiegend sehr positiv bewertet, dasselbe gilt für die gesamte poststationäre Phase mit allen Maßnahmen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind Vergleiche mit der Kontrollgruppe derzeit noch nicht sinnvoll.

Literatur

Bischoff, C., Ehrhardt, M., Limbacher, K., Husen, E., Jäger, R.S. (1998): Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen - ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung. Zwischenbericht 1998. Aktuelle Verhaltenstherapie. Forschungsberichte, Heft 1.

Ehrhardt, M., Bischoff, C., Limbacher, K., Husen, E., Jäger, R.S. (1996): Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen - ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung. Praxis - Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 35, 204-215.

Bad Säckingen. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - VDR - und seine Mitglieder), Förderkennzeichen: 01GD9803/7

Kooperation von Selbsthilfe und gesundheitlichem Versorgungssystem zum Nutzen der Rehabilitation

Stark, W. (1), Findeiß, P. (2)

(1) Universität der Gesamthochschule, Essen, (2) Bayerischer Forschungsverbund Public Health

Die gestiegene Bedeutung von Selbsthilfe-Initiativen als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung ermöglicht nicht nur größere Chancen auf mehr Einfluss und Partizipationsmöglichkeiten im Hinblick auf die nutzerorientierte Qualität im Gesundheitswesen und insbesondere in der Rehabilitation. Diese Entwicklung hat Konsequenzen für beide Seiten – professionelle und nicht-professionelle Experten.

1. Sollen die Einflussmöglichkeiten der Selbsthilfe-Initiativen systematisch genutzt werden, so werden auch diejenigen Selbsthilfe-Initiativen mehr gesundheitsplanerische und gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen müssen, die sich als ein Teil gesundheitlicher Versorgung verstehen und in dieser Rolle qualitative Verbesserungen in der Versorgungspraxis aktiv mitgestalten wollen. Dies erfordert eine Verbesserung der Managementmöglichkeiten von Selbsthilfe-Initiativen ebenso wie den Nachweis der besonderen Qualität von Selbsthilfe im Vergleich (in Ergänzung) zum professionellen System. Gleichzeitig sollten Selbsthilfe-Initiativen auch ihre Möglichkeiten stärken, die Sicht und die Bedürfnisse der NutzerInnen in der gesundheitlichen Versorgung systematisch aufzubereiten und konstruktiv in die Diskussion um die Qualität unseres Gesundheitswesens einzubringen.
2. Will die Anbieterseite im Gesundheitswesen die Potentiale von Selbsthilfe-Initiativen fördern, so wird sie lernen müssen,

– PatientInnen stärker als bisher als KundInnen zu betrachten und die Servicequalität im Gesundheitswesen nutzerorientiert auszurichten, aber auch
– systematische Koalitionen und Kooperationen mit Selbsthilfe-Initiativen zur Verbesserung der Qualität ihrer Dienstleistungen einzugehen.

Dieses Schnittstellenmanagement an der Grenze zweier Kulturen birgt eine Reihe von Herausforderungen für eine praxisorientierte Wissenschaft, die u.a. anhand verschiedener bereits laufender Public-Health-Projekte untersucht werden, so z.B. in dem Forschungsprojekt C2 des bayerischen PH-Verbundes (Findeiß et al., 1998).

Literatur

Findeiß, P., Schachl, T., Stark, W. (1998): Public Health-Projekt C2: Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. München: Unveröffentlichter Zwischenbericht zur Mittelfreischließung.

Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung - bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung

von Kardorff, E. (1), Leisenheimer, C. (2)

(1) Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität, Berlin,
(2) SEKIS, Berlin

Zusätzlich zum „dualen System der gesundheitlichen Versorgung", dem institutionalisierten und hoch professionalisierten System der gesundheitlichen Versorgung einerseits und der individuellen und familiären Gesundheitsvorsorge und Selbstbehandlung andererseits, hat sich seit Mitte der 70er Jahre (Möller, 1974) die Selbsthilfe als ein dritter, informeller Sektor herausgebildet (Kickbusch et al., 1980; Trojan, 1986), der sich teils neben, teils innerhalb des professionellen Systems der gesundheitlichen Versorgung als nicht nur ergänzender, sondern eigenständiger - teilweise auch medizin- und institutionskritischer - Bereich entwikkelt hat. Das große Potential an Erfahrungsaustausch, wechselseitiger Unterstützung, Information, verbesserter subjektiver Krankheitsbewältigung und erhöhter Sensibilität für die eigene Gesundheit lässt Selbsthilfe für das System der Gesundheitsversorgung unter verschiedenen Gesichtspunkten (z.B. verbesserte Passgenauigkeit der Hilfen; Berücksichtigung der subjektiven Sicht der Patienten; erhöhte Lebensqualität durch Ernstnehmen der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten; Entlastung des Versorgungssystems durch ergänzende psychosoziale Selbstbehandlung) interessant werden. Bei sehr vielen Selbsthilfegruppen besteht ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit Fachkräften und den Institutionen der Gesundheitsversorgung (Information, Unterstützung) sowie der Wunsch nach Anerkennung.

Wie arbeiten Selbsthilfe und Gesundheitssystem zusammen, wo gibt es zentrale Berührungspunkte, wo gibt es Konflikte und wie kann Kooperation, dort wo sie notwendig und sinnvoll ist und von beiden Seiten gewünscht wird, verbessert werden? Dies waren die Hauptfragestellungen unserer Studie, der es um eine empirische Beschreibung der existierenden Realität von Kooperation sowie um eine Klärung der Voraussetzungen für gelingende, d.h. erfolgreiche, sinnvolle und hilfreiche Kooperationsbeziehungen zwischen Selbsthilfe (Gruppen/Initiativen, Projekte und Organisationen) und Akteuren im System der professionellen Gesundheitsversorgung ging. Konkret wurden bereits bestehende Kooperationsformen, Schnittstellen und Arbeitsteilungen im Gesundheitsbereich beschrieben und geklärt, bei welchen Anlässen und unter welchen Bedingungen diese Verzahnungen zustande kommen und sich gegebenenfalls stabilisieren. Es wurde nach Kriterien für Kooperation zwischen System und informeller Selbsthilfe gesucht: wer kann und will mit wem, zu welchen Themen, in welcher Form und Verbindlichkeit kooperieren, wo liegen Gefahren einer Instrumentalisierung vor? Wo zeigen sich unausgesprochene und ungeklärte Erwartungen, die Kooperation behindern oder negative Folgen haben können?

Unsere Untersuchung dämpft die teilweise in der Literatur anzutreffende positive Einschätzung der tatsächlichen Kooperation vor allem zwischen Selbsthilfegruppen und den verschiedenen Instanzen der gesundheitlichen Versorgung. Sie relativiert darüber hinaus die aus professioneller Sicht von Selbsthilfeexperten/-innen unterstellte Bedeutung direkter Kooperation und wirft die Frage auf, ob und in welcher Form diese Kooperation sinnvoll und

notwendig ist. Aus unserer Untersuchung ergeben sich Hinweise darauf, dass es vor allem drei inhaltliche Problemkomplexe sind, die unter dem Konzept „Kooperation“ für die Selbsthilfegruppen von entscheidender Bedeutung sind: Anerkennung, Information und Aufgreifen des Erfahrungswissens der Selbsthilfe. Dies zwingt bei weitergehenden Überlegungen zu einer Präzision wirksamer und erforderlicher Kooperation. Es muss genauer als dies bisher der Fall gewesen ist, geklärt werden in welchen Bereichen, mit welchen konkreten Zielen und Nutzenerwartungen geeignete Formen von indirekter und direkter Kooperation mit welchen Mitteln und Strategien gezielt gefördert werden sollten. Vor diesem Hintergrund haben wir versucht, einige zentrale Elemente für ein Anforderungsprofil zur Kooperation zwischen Selbsthilfe und Gesundheitswesen zu formulieren.

Literatur

Kickbusch, I., Trojan, A. (Hrg.) (1981): Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt/M, Fischer.

Trojan, A. (Hrg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/M., Fischer.

Bedeutung und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen in der Rehabilitation am Beispiel Chronischer Schmerz

Reichwald, U.

Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität, Tübingen

Krankenkasse, Staat und Öffentlichkeit unterstellen der Selbsthilfebewegung zunehmend Leistungen, für die es im deutschen Sprachraum bisher keinerlei methodisch ernstzunehmende Belege gibt. Die vorwiegend angloamerikanische Literatur lässt sich aus gesundheitspolitischen und kulturellen Gründen auf deutsche Verhältnisse kaum übertragen. Zudem erschweren Definitionsgepflogenheiten die Vergleichbarkeit: Große etablierte Dachverbände wie Schmerzliga, AMSEL zählen sich ebenso zur Selbsthilfe wie kleine grass-root-Gruppen, die manchmal nicht einmal der örtlichen Selbsthilfegruppen-Kontaktstelle bekannt sind. Weder Kosten, Nutzen und Wirksamkeit der großen, auf Öffentlichkeitsarbeit ausgelegten Einrichtungen noch der kleinen individuumszentrierten Gruppierungen wurden bisher ausreichend untersucht. Sinn und Wirkung gelten als selbstverständlich. Angloamerikanische Studien zeigen kontroverse Ergebnisse: Der Aufwand steht häufig nicht im Verhältnis zu den Wirkungen; Gruppen arbeiten mit hochselegierten Teilnehmergruppen (z.B. Anonymengruppen), deren persönliche Entwicklungserfolge mehr auf die Eingangsmotivation und nicht unbedingt auf die Teilnahme selbst zurückgeführt werden müssen. Die Multiplikatorwirkung der ca. 2-5 % Selbsthilfegruppenteilnehmer in der Population wurde bisher wenig gewürdigt. Nur eine Studie in München berechnete die Außenwirkung aller Selbsthilfegruppen der Stadt in geleisteten Beratungsstunden und deren Kosten.

Wir gingen in unserer Studie der Frage nach, inwieweit hoch chronifizierte Schmerzpatienten von der Teilnahme in Selbsthilfegruppen profitieren könnten. Über die Selbsthilfegruppen-Kontaktstelle der Stadt Tübingen hatten Schmerzpatienten mehrfach Gruppengründungen angestrebt, waren aber bereits in den ersten Sitzungen gescheitert. Schmerzen

gehören ab dem mittleren Lebensalter zur häufigsten Begleiterscheinung verschiedener Krankheiten; chronische Schmerzen haben sich auf psychophysiologischer Basis von ihren ursprünglichen Ursachen gelöst und stellen eine eigenständige somatoforme Störung dar. Das Verständnis für die biopsychosozialen Zusammenhänge chronischer Schmerzen ist trotz einer mittleren Krankheitsdauer von 8 Jahren gering. Wir untersuchen die Fähigkeit von Schmerzpatienten, nach langer Schmerzanamnese zu selbstkontrolliertem Umgang mit ihrem Leiden zu kommen und sich darin von einer Selbsthilfegruppe (SHG) unterstützen zu lassen.

Wir boten auf der Basis bekannter Schmerzbewältigungs-Gruppen (Basler, Jungnitsch, Kröner-Herwig, Hildebrandt/Pfingsten) mit dem erklärten Ziel der Selbsthilfegruppen-Gründung und dem geplanten Rückzug der professionellen Helfer 47 SchmerzpatientInnen eine protokollgeleitete Intervention („Schmerztherapeutische Starthilfe für Selbsthilfegruppen Chronischer Schmerzpatienten") an. Sie wurden in 8 Gruppen diagnostiziert und individuell beraten. Verglichen wurde an drei Messzeitpunkten mit einer peergematchten Wartelistenkontrollgruppe. Die TeilnehmerInnen wurden mit einem schmerzspezifischen Fragebogen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und des Schmerztherapeutischen Kolloquiums (STK) untersucht sowie mit MPI-D, FSS, FSK, KAUKON, KSI, SCL-90-R, SVF usw. Klinische Beobachtungen in den Gruppen während der Sitzungen wurden durch externe Rater protokolliert.

Depressivität, Ängstlichkeit, Konzentrationsprobleme, Unruhe und soziale Unsicherheit sind die häufigsten Komorbiditäten. Durch die Teilnahme konnten diese Werte deutlich verbessert werden. 75 % der TeilnehmerInnen sind nach der Anschubphase in SHGs verblieben. Die Gruppen aktivieren sich auf lokaler Ebene in verschiedenen krankheits- und freizeitbezogenen Tätigkeiten. Psychosoziale Aktivitäten haben sich deutlich verbessert; subjektiv berichtete Schmerzintensität und Beeinträchtigungswahrnehmung sind gegenüber einer Kontrollgruppe signifikant gesunken. 50 % der TeilnehmerInnen befinden sich im Vergleich zur Zeit vor der Teilnahme in qualifizierter medizinischer und psychologischer Schmerztherapie.

Langjährige Schmerzpatienten, die sich für die Teilnahme an SHGs entscheiden, gehören zu den eher aktiven Schmerzpatienten trotz ihrer hohen Schmerz- und Beeinträchtigungswerte; insofern stellt auch diese behandelte Gruppe eine positive Selektion dar. Bei einer Schmerzanamnese von durchschnittlich 16,9 Jahren konnten bei einigen Personen erhebliche Veränderungen in Gang gesetzt werden, während andere (vor allem Berentete und Rentenanwärter, Personen mit hohen Werten in somatoformen Störungen) mit diesem kurzfristigen Ansatz weniger zu beeinflussen waren. Bei Verbleib in der Gruppe zeigt sich aber in der Katamnese nach 1-2 Jahren und nach 6 Monaten, dass auch diese Patienten durch kontinuierliche Beratung und Erfolge der anderen TeilnehmerInnen aktiver werden, katastrophisierende Kognitionen abbauen, die psychophysiologischen Zusammenhänge von Schmerz akzeptieren können und gezieltere state-of-the-art-Therapien aufsuchen. Der Multiplikatoreffekt dieser aktiven Personen kann auf gemeindenaher Ebene unterstützt werden durch deren Teilnahme an Selbsthilfe-Fachtagen, Arztkontakten, Vortragsreihen, Beratungsangebote der Gruppen-AnsprechpartnerInnen usw.

Literatur

Borelli, S., Bauerdorf, R. (1990): Medizinische Selbsthilfegruppen in Deutschland. Wissenschaftliche Reihe. Köln, Deutscher Ärzte Verlag: pp. 122.

Llewelyn, S.P., Haslett, A.V.J. (1986): Factors perceived as helpful by the members of self-help groups: An exploratory study. In: British Journal of Guidance and Counselling 14 (3): 252-262.

Matzat, J. (1997): Wegweiser Selbsthilfegruppen. Gießen, Psychosozial Verlag: pp. 112.

Powell, T.J. (1987): Self-help organizations and professional practice. Silver Spring MD, National Association of Social Workers.

Powell, T.J. (Hrsg.) (1994): Understanding the self-help organization: Frameworks and findings. Thousand Oaks, CA, Sage Publications: pp. 345.

Soziale Rehabilitation rheumakranker Menschen im Rahmen eines Berliner Modellprojektes

Beuth, B.

Deutsche Rheuma-Liga e.V., Berlin

Bezogen auf die Gruppe der rheumatisch Erkrankten bedeutet der Begriff Rehabilitation die Gesamtheit aller erforderlichen Maßnahmen, um unter Bereitstellung der bestmöglichen Bedingungen chronisch kranke Menschen zu befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten oder wiederzugewinnen (BAR, 1993). Soziale Rehabilitation umfasst alle Hilfen, die Kranken, Behinderten und deren Angehörigen die Reduktion krankheitsbedingter Abhängigkeiten ermöglichen oder erleichtern. Das Problem für Betroffene besteht aus sozialarbeiterischer Sicht in der weiten Fächerung der in Frage kommenden Beratungsmöglichkeiten, Leistungen sowie Zuständigkeiten.

In Berlin wird seit 1992 ein Projekt mit dem Namen „Psychosoziale Beratung und Ergotherapie zur Rehabilitation Rheumakranker (in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen)" aus Landesmitteln gefördert, welches - in Trägerschaft der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V. - genau diese Defizite fokussiert und einen entsprechenden mobilen Beratungsdienst vorhält.

Hauptmerkmale des Projektes sind:

- Optimierung des Rehabilitationsprozesses (Zielfunktion)
- Berücksichtigung aller für die Betroffenen relevanten Themen (Lotsenfunktion)
- Kontinuität in der Beratung u.a. dank eines mehrjährigen Zuwendungsvertrages (Leistungsfunktion)
- Vernetzung der Angebote unter Berücksichtigung der sozialen Infrastruktur und der spezifischen Angebote des Trägers (Netzwerkfunktion)
- Fachlichkeit der Beratung durch fünf staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen auf vier Planstellen mit medizinischen Kenntnissen im Sinne einer „Klinischen Sozialarbeit“ (Kompetenzfunktion)

- Etablierung eines Qualitätsmanagements im Rahmen eines Handbuches mit Standards der sozialen Beratung (Qualitätsfunktion) (Deutsche Rheuma-Liga Berlin 1998)
- Wohnortnähe durch Kooperation in bzw. Kooperation mit über zwanzig niedergelassenen Fachärzten und vier Fachambulanzen sowie durch fachlichen Austausch mit den am Rehabilitationsprozess Rheumakranker beteiligten Institutionen (Strategiefunktion).

Dieses Projekt berücksichtigt sowohl den komplexen als auch den im Einzelfall geäußerten Beratungsbedarf rheumakranker Menschen im Sinne eines Casemanagements. Dabei werden in besonderer Weise die Progredienz rheumatischer Erkrankungen und die sich daraus ergebenden sozialen Probleme berücksichtigt: Nach einer Untersuchung des Deutschen Rheumaforschungszentrums zur Hilfesituation von Menschen, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind und fachärztlich behandelt werden, sind rund ein Drittel dieser Patienten zur Bewältigung ihres Alltags zwingend hilfeabhängig. Als hilfeabhängig wurden nach Westhoff et al. (im Erscheinen) Untersuchungsteilnehmer klassifiziert, die analog dem Infratest-Pflege-Intervall-Modell von Schneekloth et al. mindestens einmal wöchentlich Hilfebedarf bei mindestens einer elementaren hauswirtschaftlichen Verrichtung hatten.

Eine eigene Leistungsstrukturanalyse mit 186 befragten Klienten (Rieck et al.,1993) sowie eine eigene Befragung von 109 Nutzern (Rosinsky, 1998) dokumentieren, dass die Beratung in den Arztpraxen ein präventives Angebot darstellt, welches aufgrund der Lotsenfunktion Isolationsängste von Klienten reduziert. Als häufigste Beratungsthemen wurden neben dem Schwerbehindertenrecht (ca. 70 % der Fälle bei Mehrfachnennung), ergotherapeutische Hilfsmittelversorgung (28 %), Selbsthilfegruppen (20 %) und Krankengymnastik (16 %) genannt. Gegenüber den Beratungen in den drei Beratungsstellen der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V. wurden in den dezentralen Einrichtungen häufiger psychosoziale Diagnosen gestellt. Schließlich sind in den Arztpraxen mehr Professionen und Angehörige einbezogen als in den Beratungsstellen. Von diesem Kompetenztransfer profitieren nach der Befragung in besonderem Maße die Klienten in den dezentralen Sprechstunden. Neben der Krankheitsbewältigung kann der Kompetenzgewinn den Beginn eines sinnstiftenden ehrenamtlichen Engagements Rheumakranker auslösen. Erst durch Aufbau und Nutzung von Expertenwissen geschulter Betroffener (zur Zeit über hundert ehrenamtliche Mitarbeiter/innen) kann das Projekt den steigenden Betreuungsbedarf Rheumakranker bei gleichbleibendem Budget befriedigen.

Literatur

BAR, (1993): Schriften der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 5, Ausgabe 1993, „Arbeitshilfen für die Rehabilitation von Rheumakranken“, Frankfurt am Main.

Deutsche Rheuma-Liga Berlin, (1998): Psychosoziale Beratung und Ergotherapie zur Rehabilitation Rheumakranker (in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen) – Qualitätshandbuch, Berlin, Eigenverlag.

Rieck, Balth (1993): Psychosoziale Arbeit in Rheumaschwerpunktpraxen - Eine Analyse der Leistungsstruktur der sozialen Arbeit mit chronisch Kranken, Diplomarbeit 1994, Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin.

Rosinsky, G. (1998): Gesundheitspreis: Psychosoziale Beratung und Ergotherapie zur Rehabilitation Rheumakranker (in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen) – Arbeit für den Berliner Gesundheitspreis 1998, Deutsche Rheuma-Liga Berlin: Eigenverlag.

Westhoff, G., Zink, A. (im Erscheinen): Hilfesituation und –perspektiven von erheblich beeinträchtigten Kranken mit rheumatoider Arthritis. In: Zeitschrift für Rheumatologie.

Der Beitrag der Selbsthilfe zur Rehabilitation bei Krankheiten des rheumatischen Formenkreises

Borgetto, B.

Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung für Medizinische Soziologie, Freiburg

Rehabilitation bedeutet bei progredienten chronischen Erkrankungen wie denen des rheumatischen Formenkreises immer mehr als nur eine medizinische und/oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme. Rehabilitation ist in diesen Fällen ein Prozess, der das ganze Leben der Betroffenen begleiten muss und daher über die eher punktuellen Rehabilitationsmaßnahmen einzelner Träger wie etwa die GKV oder die GRV hinausgeht. Eine zentrale Rolle in diesem Prozess nimmt die Selbsthilfe ein, bei rheumatischen Erkrankungen die Deutsche Rheuma-Liga. Es gilt also, die Rolle der Selbsthilfe in dem Rehabilitationsprozess systematisch zu evaluieren. Bislang jedoch gibt es keine Untersuchungen, welche die Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Selbsthilfe mit einem adäquaten Studiendesign untersuchen; insbesondere gibt es keine Studien mit Kontrollgruppen (Trojan, 1986; von Ferber et al., 1983; Engelhardt et al., 1995).

Eine Vorreiterrolle übernimmt daher die Studie, die in Kooperation mit der Rheuma-Liga Baden-Württemberg und der Universität Freiburg durchgeführt wird. In einem kontrollierten Studiendesign werden zwei Gruppen von Betroffenen hinsichtlich Indikatoren zur Inanspruchnahme medizinischer und insbesondere rehabilitativer Leistungen, AU-Tagen, Krankheitsverlauf, Schmerzempfinden und Lebensqualität verglichen. Die ersten Ergebnisse einer Vorstudie zur Struktur- und Prozessqualität der Arbeit der Rheuma-Liga Baden-Württemberg zeigen Schwerpunkte in folgenden Aktivitäten: Funktionstraining (Warmwasser- und Trockengymnastik unter der Anleitung ausgebildeter Therapeuten), Gesprächsgruppen und Gesprächskreise (einschl. Gruppen junger Rheumakranker und Eltern rheumakranker Kinder), psychologisches Schmerzbewältigungstraining, Beratungsangebote, Informationsangebote und -veranstaltungen, gesellige Veranstaltungen, Seminare, Sozialarbeit, Patientenschulung, gesundheits- und sozialpolitische Interessenvertretung, Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Untersuchung zeigt, dass die Arbeit der Rheuma-Liga Baden-Württemberg einen großen Einfluss auf den lebensbegleitenden Rehabilitationsprozess bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises hat. Die positive Beeinflussung von Lebensqualität und Krankheitsverlauf erfolgt vor allem auf drei Wegen: (1) durch medizinisch orientierte Aktivitäten wie Funktionstraining, Schmerzbewältigungskurse, Patientenschulung (Förderung der Beweglichkeit, Verringerung des Schmerzmittelkonsums etc.) (2) durch emotionale Entlastung und Verbreiterung des sozialen Netzwerks bei gleichzeitiger Entlastung der Primärgruppen (Verständnis durch Mitbetroffene in Gesprächsgruppen, gesellige Veranstaltungen, neue Freundschaften; Entlastung von Familie etc.) und (3) durch die Förderung des Coping- und Krankheitsbewältigungspotentials (Informationen, Beratung und Unterstützung bei der

Bewältigung individueller sozialer, rechtlicher und ökonomischer Probleme – etwa hinsichtlich Arbeit, Berentung, Familie, Haushalt etc. –, Förderung einer rationaleren Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Leistungen).

Literatur

Trojan, A. (Hrg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/M.: Fischer.

Von Ferber, C., Badura, B. (1983): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München/Wien: R. Oldenbourg Verlag.

Engelhardt, H.D., Simeth, A., Stark, W. et al. (1995): Was Selbsthilfe leistet. Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Freiburg/Br.: Lambertus.

Betroffene, wissenschaftliche Zentren und Versorgungseinrichtungen in institutioneller Kooperation – Rehabilitative Aspekte des „Kompetenznetzwerks chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“

Steder-Neukamm, U. (1), Borgetto, B. (2)

(1) Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität, Köln, (2) Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

Hintergrund

Die Bildung von „Netzwerken" ist ein aktueller Trend. Synergieeffekte, die aus der Kooperation mehrerer Partner erwachsen könnten, werden an vielen Stellen im Gesundheitswesen gesucht (BMBF, 1997). Wie kann im Rahmen der Erforschung und Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) ein Verbund gebildet werden, aus dem sich für die Behandlung, die soziale Rehabilitation und die Lebensqualität der Betroffenen solche positiven Effekte ableiten lassen? In diesem Zusammenhang ist nicht nur die akute Krisenintervention von Bedeutung, sondern das gesamte Spektrum über rehabilitative Maßnahmen bis zur nachsorgenden Behandlung (von Stetten et al., 1991; Zillessen, 1996).

Intervention

Wir stellen den rehabilitativen Aspekt eines bundesweiten Projektes vor, das neue Formen der Zusammenarbeit aller Leistungsanbieter im Gesundheitswesen entwickeln will und darüber hinaus eine Innovation in der Entwicklung der Selbsthilfe darstellt. Das Kompetenznetzwerk chronisch entzündliche Darmerkrankungen ist ein Zusammenschluss von vier koordinierenden Universitäten mit zehn weiteren universitären Zentren und einer Vielzahl anderer Versorgungseinrichtungen. Mehrere Rehabilitationskliniken haben Bereitschaft zur Mitarbeit gezeigt. Ein wichtiger Partner ist die Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung –DCCV – e.V.

Die Aufgaben des Netzwerkes sind breit gestreut, von genetischer und immunologischer Grundlagenforschung über Therapiestudien, Lebensqualitätsforschung und gesundheitsökonomischen Projekten. Die Verbesserung der Informationsverbreitung als zentrale Aufgabe des Netzwerkes kann die Kontinuität der Behandlung auch nach rehabilitativen

Massnahmen optimieren. Dies trägt gemeinsam mit der erhofften Steigerung der Selbstverantwortung der Betroffenen durch das Erleben von kooperativer Teilhabe am wissenschaftlichen Prozess zur Sicherung von Behandlungserfolgen im Sinne der Salutogenese (Antonovsky, 1997).

Vorarbeiten

Mit der DCCV wurde erstmals eine Selbsthilfeorganisation als notwendiger Partner für ein innovatives Projekt zur Modulierung der medizinischen Forschungslandschaft anerkannt. Hoher Organisationsgrad der Betroffenen in der DCCV (über 13.000 Mitglieder bei einer angenommenen Prävalenz von 300.000 Erkrankten /BRD), stetiges Wachstum (in den letzten drei Jahren jährlich etwa 1000 neue Mitglieder, netto) und etablierte Forschungsförderung durch die DCCV sowohl ideell, organisatorisch und finanziell, lassen diese Entwicklung folgerichtig erscheinen. Das vierteljährliche Mitgliederjournal mit einer Auflage von 15.000, zusammen mit den etwa 20 größeren öffentlichen Veranstaltungen der DCCV pro Jahr ist ein unverzichtbares Instrument des vertikalen Wissenstransfers. Es konnten durch die DCCV fünfzig Versorgungseinrichtungen und Niedergelassene identifiziert werden, die alleine bereits 20.000 Betroffen mit CED im Verlauf eines Jahres sehen.

Diskussion

Die Forschung zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) soll in Zusammenarbeit mit der DCCV auf Patienten mit weniger schwerem Verlauf ausgedehnt werden, Patienten also, die nicht an Zentren der Maximalversorgung verwiesen werden.

Im Rahmen von mehreren Subprojekten soll die Versorgungssituation evaluiert und verbessert werden unter anderem durch die Fortentwicklung von Leitlinien und die Bewertung von Schulungsmaterialien (Stange et al., 1997). Durch die Einbindung aller wichtigen Partner des Gesundheitssystems soll eine möglichst weitgehende Akzeptanz der erarbeiteten Leitlinien und Materialien erzielt werden. Praktische Probleme, die bei der strukturellen Etablierung des Kompetenznetzwerkes besonders in Bezug auf die Beteiligung der Laienorganisation entstehen, sollen weiter diskutiert werden.

Ausblick

Durch den Aufbau des Kompetenznetzwerks wird eine Basis zur Verbesserung der Zusammenarbeit und des Informationsflusses geschaffen, die nach den initialen finanziellen Aufwendungen die Möglichkeit bieten wird, zu einer langfristigen Verbesserung der Kooperation unterschiedlicher Ebenen der Erforschung und Behandlung von CED beizutragen. Die Verbindung der divergierenden Erfahrungsbereiche ist ein Aspekt des geplanten Netzwerks, der vor dem Hintergrund der ökonomischen Bedrohung des gegenwärtigen Versorgungssystems langfristig Vorteile verspricht. Dass das Spektrum der Beteiligten dabei so umfassend angelegt wurde, ist dabei als besondere Chance anzusehen.

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese - zur Entmystifizierung der Gesundheit; Tübingen.

BMBF (1997): Bekanntmachung Förderrichtlinien zur Einrichtung von Kompetenznetzwerken in der Medizin (MedNet); BMBF, Bonn.

Stange, E.F., Schreiber, S., Raedler, A., Stallmach, A., Scholmerich, J., Loeschke, K., Starlinger, M., Fischbach, W., Caspary, W.F. (1997):Therapie des Morbus Crohn - Ergebnisse einer Konsensuskonferenz; Zeitschrift für Gastroenterologie, 35, 541-554.

von Stetten, D. et al. (1991): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Arbeitsbereich 3, Projekt unter Gruppe 3 "Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechsel", Band III, Teilband 2, VDR, Frankfurt, 349-474.

Zillessen, E. (1996): Was leistet die Anschlussheilbehandlung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen? Zeitschrift für Gastroenterologie, 34 (Suppl. 2): 47-50.

5-Jahres-Katamnese zum EU-Berentungsgeschehen in einem neuen Bundesland

Fischer, H., Kirste, H.J., Lutz, M.

LVA Sachsen, Leipzig

Durch viele Studien konnte die Verbesserung des körperlichen und psychischen Leistungsvermögens nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme belegt werden (Haldorsen et al., 1998). Ob aber echte Effekte auf die Rückkehr zur Arbeit resultieren, ist noch sehr umstritten, zumal es nur wenige Untersuchungen zum Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation gibt (Boudrez et al., 1994; Haaf et al., 1998; Schott et al., 1998; Weber et al., 1999). Aus ökonomischer Sicht muss die Effizienz der medizinischen Rehabilitation auch an der Verminderung der Zahl der EU-Berentungen gemessen werden.

Ziel der vorgelegten retrospektiven 5-Jahresstudie (1992-1997) war es, Daten zum EU-Berentungsgeschehen in einem neuen Bundesland vorzulegen, die Vergleiche mit den alten Bundesländern ermöglichen und anhand der bei späteren Nachuntersuchungen positiven Entwicklungen des Reha-Systems auch im Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit belegt werden könnten.

Das Untersuchungsgut bestand aus 1549 Versicherten (890 Männer, 659 Frauen) der LVA Sachsen, die im 3. Quartal 1992 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme absolvierten. 65,2 % der Rehabilitanden waren älter als 45 Jahre. Als Datenbasis dienten die für die Berichterstattung an den VDR erfassten Daten aus Reha-Entlassungsberichten und den Versicherungskonten. Insgesamt stellten im Verlaufe von 5 Jahren 502 Rehabilitanden (32,5 %) einen EU-Rentenantrag. 205 Rentenanträge lagen bereits zu Reha-Beginn vor, so dass 13,5 % der Heilverfahren als "Reha vor Rente" erfolgten. Das Ergebnis dieser Heilverfahren war unbefriedigend, da in 81,9 % die volle Erwerbstätigkeit nicht wieder hergestellt werden konnte. Die Rentenbewilligungsquote dieser Antragsteller entsprach der Rentenantragsteller des Jahres 1992 ohne Rehabilitation. Von den übrigen 1344 Rehabilitanden beantragten 297 (22,1 %) eine EU-Rente. 48,5 % (n=144) der Anträge wurden unmittelbar nach Ende der Rehabilitation bis Ende des ersten Jahres, 22,9 % (n=68) im zweiten Jahr und 28,6 % (n=85) im dritten bis fünften Jahr eingereicht. Bewilligt wurden 192 Renten, was einer Bewilligungsquote von 64,5 % entspricht. Bei Antragstellern ohne Rehabilitation wurden im jeweiligen Jahr etwa 10 % mehr Rente bewilligt.

Prognostisch ungünstig für eine EU-Berentung erwiesen sich vorbestehende Langzeit-Arbeitsunfähigkeit, arbeitsunfähige Entlassung und Arbeitslosigkeit.

Von allen diesen Versicherten wurde signifikant öfter ein Rentenantrag gestellt und bewilligt. Arbeitslose reichten in 44,5 % einen Rentenantrag ein, offensichtlich in der Hoffnung, durch EU-Berentung eine dauerhafte soziale Absicherung zu erreichen. Arbeitsunfähig Entlassene, zumeist Langzeit-AU-Fälle, beantragten in 59,9 % die Rente mit der hohen Bewilli-

gungsquote von 83,6 %. Prozentual am häufigsten berentet wurden Versicherte, die ein Reha-Verfahren wegen Tumorerkrankung (36,1 %) oder Herz-Kreislauf-Erkrankung (35,5 %) beantragt hatten.

Bemerkenswert ist, dass die erste Reha-Diagnose und die erste Rentendiagnose in 32,2 % differieren. Bei Frauen stimmen die Diagnosen sogar in 41,8 % nicht überein. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die meist multimorbiden Versicherten nach einem vollschichtig absolvierten Heilverfahren eine andere Erkrankung bei Rentenantragstellung in den Vordergrund stellten. Häufigste Berentungsdiagnosen waren Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 36,1 %, bei Frauen sogar in 46,2 %. Bei Männern erfolgten die meisten Berentungen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (41,2 %).

Insgesamt waren nach 5 Jahren bei den 1344 Rehabilitanden ohne vorbestehenden Rentenantrag 192 Berentungen (14,3 %) zu verzeichnen. Dies wäre bei einer Gruppe von Versicherten mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit ein gutes Rehabilitationsergebnis. Kein Rehabilitationserfolg war bei Rentenantragstellern und Langzeitarbeitsunfähigen zu verzeichnen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen bei chronisch Kranken noch frühzeitiger als bisher, als "Reha vor dem Rentenantrag", einzuleiten.

Literatur

Boudrez, H., De Backer, G., Comhaire, B. (1994): Return to work after myocardial infarction, Eur. Heart J. 15, 32-36.

Haaf, H.G., Schliehe, F. (1998): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation, in: Delbrück, H.; Haupt, E. (Hrsg.) "Rehabilitationsmedizin", Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 215-232.

Haldorsen, E.M.H., Kronholm, K., Skouen, J.S., Ursin, H. (1998): Multimodal Cognitive Behavorial Treatment of Patients Sicklistet for Musculosceletal Pain, Scand. J. Rheumatolog. 27, 16-25.

Schott, T. (1998): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit, Juventa, Weinheim, München.

Weber, A., Raspe, H. (1999): Gelingt die Reintegration in das Erwerbsleben nach Langzeitarbeitsunfähigkeit. Deutsche Rentenversicherung 4, 219-234.

Zeitrente = Zeit zur Rehabilitation? Überlegungen zum Rehabedarf von Zeitrentnern am Beispiel jüngerer Versicherter mit neurotischen Erkrankungen

Hesse, B., Bartels, G., Gebauer, E.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin, Münster

Die Zeitrente wird als Zeit der Rehabilitation in der Rehabilitationsforschung kaum wahrgenommen. Entsprechend dem Grundsatz „Reha vor Rente“ erscheint mit der Gewährung einer BU-/EU-Rente der Endpunkt rehabilitativen Handelns erreicht zu sein. Der Wunsch nach Berentung wird bei psychischen Störungen als ein Indikator für reduzierte Rehabilitati-

onsmotivation und -chancen gewertet. Es besteht die der praktischen Erfahrung entspringende Annahme, dass „einmal Rente = immer Rente“ ist.

Der Gesetzgeber sieht aber ausdrücklich die Möglichkeit einer Rentenbefristung vor. Voraussetzung für diese Befristung ist die begründete Aussicht, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein kann.

Von der Möglichkeit der Befristung wird vor allem bei der Berentung jüngerer Versicherter häufig Gebrauch gemacht. So wurden 1998 von der LVA Westfalen 65 % der EU-/BU-Renten von Versicherten jünger 40 Jahre als Zeitrenten gewährt, während über alle Altersklassen hinweg nur 24 % Zeitrenten gewährt wurden. Neben dem Altersfaktor gibt es auch diagnosespezifische Unterschiede in der wahrgenommenen Aussicht auf Besserung. Bei psychiatrischen Erkrankungen liegt der Anteil der Zeitrenten insgesamt bei 41 % und in der Altersklasse unter 40 Jahre bei 70 %. Besonders psychische Erkrankungen des neurotischen Formenkreises wecken mit 79 % Zeitrenten bei Versicherten unter 40 Jahren große Hoffnungen auf Besserung.

Worin dieses Besserungspotential begründet ist, bleibt angesichts der eingangs dargestellten Skepsis offen. Wird auf Zeit als Heilfaktor gesetzt, die Chance in einer langfristigen Behandlung gesehen oder besteht ein Unbehagen jüngere Versicherte aufgrund psychischer Störungen dauerhaft zu berenten?

Unabhängig von diesen Überlegungen, ist zu überprüfen, ob sich die implizite Besserungshoffnung erfüllt und welchen Stellenwert rehabilitative Bemühungen in der Zeitrente haben.

Diesen Fragen wurde als Teilfragestellung des Projektes „Rehabilitation und Frühberentung jüngerer psychisch kranker Versicherter“ nachgegangen.

Es wurde der weitere Rentenverlauf von Versicherten der LVA Westfalen untersucht, die in den Jahren 1992 und 1993 in einem Alter jünger 40 Jahre eine Zeitrente aufgrund einer neurotischen* Störung erhalten hatten (N=83). Mehr als sechs Jahre nach Rentengewährung konnten lediglich 6 % der Zeitrentner (= 5 Personen) als wieder in das Erwerbsleben reintegriert eingestuft werden. 64 % der Zeitrentner haben keine Rehamaßnahme erhalten, 30 % erhielten medizinische Rehabilitation, 11 % erhielten berufliche Rehabilitation. Die fünf reintegrierten Personen haben während der Rente keine Rehabilitation durch die Rentenversicherung erhalten.

Diese Ergebnisse zeigen deutlichen Diskussions- und Handlungsbedarf. Sie scheinen einerseits die schon beschriebene Skepsis bzgl. der zeitlichen Befristung der Rente zu stützen, zeigen aber andererseits auch eine geringe rehabilitative Behandlungsintensität auf bzw. deuten daraufhin, dass für die Reintegration in das Erwerbsleben auch andere Faktoren als die herkömmliche rehabilitative Versorgung bedeutsam sind.

Es gilt zu prüfen, anhand welcher Kriterien Rentengutachter zur Einschätzung „einer begründeten Aussicht auf Behebung der Erwerbsminderung“ gelangen und welche davon eine realistische Prognose ermöglichen.

---

* Als neurotische Störungen werden in der Studie Störungen mit folgenden Diagnoseziffern (ICD-9) zusammengefasst: 300, 301, 306-309, 311,312, 316.

Bei den Versicherten mit neurotischen Störungen erscheint es, als würde zum Zeitpunkt der Berentung der Schweregrad ihrer Störung einerseits unterschätzt, so dass man noch „Besserung erwartet“, andererseits jedoch eine positive Rehaprognose nicht mehr gesehen, so dass man kaum gezielte Rehabilitation anbietet. Hier sind Kriterien für eine realistische Einschätzung der Krankheitsprognose und des Rehabilitationspotentials zu erarbeiten.

Zum anderen ist der spezifische Rehabilitationsbedarf von Versicherten in der Zeitrente zu erheben und es sind bedarfsgerechte Rehabilitationskonzepte zu entwickeln.

Für den Bereich der neurotischen Störungen zeigen Auswertungen von Versichertenakten, dass ein großer Teil dieser Versicherten durch vielfältige psychosoziale Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist. Langzeitarbeitslosigkeit, lange Arbeitsunfähigkeit sowie mangelnde soziale Integration weisen auf den Bedarf verstärkter sozialer und beruflicher Rehabilitation hin. Aufgrund der in der Regel langen Entwicklungsgeschichte des „Störungskomplexes“ erscheint eine ambulante und langfristig angelegte Rehabilitationskonzeption sinnvoll, die Elemente des Casemanagements aufgreift.

Es ist darüber nachzudenken, inwieweit derartige Rehabilitationsmodelle alternativ zur Rente angesiedelt werden können, um das als chronifizierend geltende Etikett „Rente“ zu vermeiden.

Die mit der Zeitrente ausgedrückte Erwartung der Besserbarkeit erfordert nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ eine Ausdehnung rehabilitativen Bemühens und rehabilitativer Forschung in die Phase der Zeitrente hinein, um eine Dauerberentung zu vermeiden.

Rehabilitativer Bedarf in einer Kohorte von 10.000 LVA-Versicherten

Héon-Klin, V. (1), Matthis, C. (1), Glaser-Möller, N. (2), Raspe, A. (1), Klockgether, R. (1), Raspe, H. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin der Medizinische, Universität, Lübeck,
(2) Referat Rehawissenschaft, LVA Schleswig-Holstein, Lübeck

Hintergrund und Ziel

Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland nur auf Antrag gewährt. Anträge sind in der Regel Ausdruck eines subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses (Nachfrage, „demand“). Werden Sie bewilligt, dann schaffen Sie Zugang zur aktuellen Versorgung („supply“). Während früher Wartelisten die Regel waren, sind heute Nachfrage, Bewilligung und Angebot an freier Kapazität („offer“) in ein neues Gleichgewicht gekommen. Neben diese marktwirtschaftlichen Kategorien ist aus sozialrechtlicher, epidemiologischer und klinischer Perspektive die Kategorie des „Rehabilitationsbedarfs“ („need“) zu stellen. Sie orientiert sich an der sozialmedizinischen Indikationsstellung zur Rehabilitation. Rehabedarf scheint damit - in Grenzen - objektivierbar.

Das Ziel dieser Studie ist es, den epidemiologischen Bedarf an Rehabilitationsleistungen, die subjektiven Rehabilitationsbedürfnisse der Versicherten und ihre Antragsintentionen zu erfassen sowie die tatsächlich geleistete rehabilitative Versorgung zu dokumentieren.

Methodik, Studiendesign

Diese Ziele sollen in einer prospektiv-beobachtenden Kohortenstudie für fünf Erkrankungen über vorerst drei Jahre verfolgt werden: Dorsopathien [ICD 9 - 721-724], Diabetes mellitus [ICD 9 - 250], chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen [ICD 9 - 491], koronare Herzkrankheit [ICD 9 - 410-414] und funktionelle Syndrome der Inneren Medizin [ICD 9 - 306]. Im ersten Kohortenquerschnitt wird der Rehabilitationsbedarf bei schweren Rückenschmerzen und funktionellen Störungen erfasst. Versicherte mit diesen Zielerkrankungen und einer möglichen Gefährdung des Leistungsvermögens werden zunächst durch ein postalisches Screening identifiziert. Erfüllen sie die Filterkriterien, werden sie im zweiten Schritt zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen.

Im Projekt (A4-Projekt des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung, Förderkennzeichen: 01 1056 96 07) soll die Prävalenz des Rehabilitationsbedarfs im Sinne der Rentenversicherung kriteriengestützt geschätzt werden. Folgende Kriterien werden berücksichtigt: Existenz einer chronischen Erkrankung/Behinderung und erhebliche Gefährdung/Minderung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens (nach ICIDH-2), Ausschöpfung der GKV-Leistungen am Wohnort, gegebener rehabilitativer Ansatz, positive Rehaprognose, Rehafähigkeit und Rehamotivation.

Stichprobe

Vollerhebung aller berufstätigen LVA-Versicherten (n=10.009) im Alter von 40 bis 54 Jahren aus der Stadt Lübeck und den unmittelbaren Randgemeinden.

Ergebnisse

Die Erhebungsphase ist in „Wellen“ aufgeteilt. In der bereits abgeschlossenen Welle 2 (n=2000, 646 Frauen und 1354 Männer) wurde im postalischen Screening eine Rücklaufquote von 59 % erzielt. Die Non-Response-Analyse zeigte eine Selbstselektion von gesundheitlich belasteten Versicherten. 50,5 % aller Responder schätzten sich als subjektiv rehabilitationsbedürftig ein, und 34,5 % der Versicherten hatten schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen, 39 % wiesen Arbeitsunfähigkeitszeiten von 1 bis 6 Wochen und 14 % von mehr als 6 Wochen auf. Von den 1153 Antwortenden erfüllten 196 die für Rückenschmerzen und funktionelle Syndrome definierten Filterkriterien. 65 % (n=122) dieser Versicherten nahmen an der ärztlichen Untersuchung teil.

Unter allen Respondern identifizierten wir wenigstes 4 % als rehabedürftig bei Rückenschmerzen und/oder funktioneller Störung. Klinisches Urteil, subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit und Antragsintention gingen nicht immer konform: In 47 % der Fälle ging der klinische Rehabedarf mit einer Antragsintention und einer subjektiven Rehabedürftigkeit einher, in 40 % nur mit einer subjektiven Rehabedürftigkeit ohne Antragsabsicht, und in 13 % der Fälle lag weder eine subjektive Rehabedürftigkeit noch eine Antragsintention vor.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Diese versorgungsepidemiologische Studie des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung gibt erste Hinweise auf einen nur zum Teil gedeckten Bedarf an rehabilitativen Leistungen für zwei wichtige Indikationsgruppen. Ärztlich definierter Rehabedarf, subjektive Rehabilitationsbedürfnisse und Antragsabsichten stimmen nicht immer überein.

Literatur

Biefang, S., Potthoff, P., Arnold, E.M. (1991): Modellversuch „Gesundheit und Erwerbsfähigkeit". Mitteilungen der LVA Württemberg 4, 122-128.

Frankel, St. (1991): The epidemiology of indications. JECH. 45, 257-259.

Mau, W., Bornmann, M., Weber, H., Weidemann, H.F. (1996): Defizite rehabilitativer Maßnahmen im Verlauf der frühen chronischen Polyarthritis. Z Rheumatol. 55, 223-229.

Raspe, H. (1996): Systemische Defizite in der Medizinischen Rehabilitation von chronische Rheumakranken. In: Schott, T., Badura, B., Schwager, H.J., Wolf, P., Wolters, P. Neue Wege in der Rehabilitation. Juventa, Weinheim und München, 66-78.

Rische, H., Löffler, H.E. (1998): Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme - Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. DAng-Vers 10/98: 394-404.

Stevens, A., Raftery, J. (1994): Health Care Needs Assessment. Vol.1 and 2. Radcliffe Medical Press Ltd.

Zimmermann, M., Deck, R., Raspe, H. (1999): Determinanten der Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation. Ergebnisse einer Befragung von Versicherten der LVA-Schleswig-Holstein. Gesundheitswesen 61, 292-293.

Vorhersagen von Rehabilitationsbedarf aus der Analyse der AU-Fallgeschichte - Sensitivität und Spezifität eines Schätzscores auf der Basis der Routinedaten der Gesetzlichen Krankenkassen

Erben, C.M.

Biometrisches Zentrum NORD beim MDK Schleswig-Holstein, Lübeck

Auf Seiten der Rentenversicherungsträger besteht bereits seit Jahren ein großes Interesse an der Auswertung der Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Arbeitsunfähigkeit (Behrens, 1994). Im Zusammenhang mit dem Projekt PAULA (1996) zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit in den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung konnte bereits gezeigt werden, dass die Vermutung von Rehabilitationsbedarf auf der Basis der AU-Fallgeschichte durch sozialmedizinische Aktenlage-Begutachtung recht sicher getroffen werden kann. Etwa 15 % aller am 21. AU-Tag vorbegutachteten Versicherten werden als „reha-verdächtig" identifiziert; in der anschließenden körperlichen Begutachtung erhärtet bzw. bestätigt sich diese Vermutung bei 28 % der Begutachteten.

Vorgestellt wird das im Rahmen eines Forschungsprojektes der Innungskrankenkassen in Norddeutschland entwickelte Score-Konzept KARLA, das die im Zusammenhang mit der Stratifizierung der Begutachtung im Projekt PAULA gefundenen Kriterien zur Identifizierung von Reha-Bedarf derart formalisiert, dass die Vorhersage von (vermutetem) Reha-Bedarf aufgrund der in den Routinedaten der Krankenkasse vorhandenen Information ermöglicht wird. Dabei macht eine aktuell vorhandene Arbeitsunfähigkeit die Prognose sicher, ist aber nicht prinzipiell erforderlich. Es können grundsätzlich alle Versicherten, von denen Informationen über AU-Zeiten bekannt sind, bezüglich des Verdachts auf Rehabilitationsbedarf gescreent werden.

Der zweidimensionale KARLA-Score erlaubt

- für einen einzelnen Versicherten festzustellen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit dafür ist, dass eine körperliche Untersuchung zu der Feststellung „Es besteht Rehabilitationsbedarf.“ kommt, und
- für ein gesamtes Versichertenkollektiv das Rehabilitationspotential, differenziert nach diagnostischen Schwerpunkten, abzuschätzen.

Berichtet wird über den Einsatz dieses Score-Konzeptes in zwei norddeutschen Krankenkassen, wobei die Ergebnisse der Schätzung mit den Ergebnissen der Einzelfallbegutachtung und den Daten der Reha-Antragstellung verglichen und an ihnen valdiert werden.

In der Praxis des AU-Fallmanagements wird der Score in zweifacher Weise eingesetzt, einmal zur Einzelfallführung als Hilfsmittel der Fallauswahl für die sozialmedizinische Begutachtung und zum anderen zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf. Diese Praxiserfahrungen werden systemisch evaluiert und helfen, die Treffsicherheit des Score-Konzeptes zu verbessern. Dabei ist je nach dem Dichotomisierungspunkt der Wahrscheinlichkeitsscores entweder die Spezifität oder die Sensibilität des Scores zu steigern. Dies erlaubt eine flexible Strategie im AU-Fallmanagement.

Literatur

Behrens, I., Dreyer-Tümmel, A. (1994): Ermittlung von Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M.

Erben, C.M. (1998): Sind Arbeitsunfähigkeitsdaten brauchbare Indikatoren für Bedarf oder Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen? 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Norderney.

MDK Schleswig-Holstein (Hg.) (1996): Projekt Arbeitsunfähigkeit (PAULA). Ergebnisbericht, Lübeck.

Rehabilitationsbedürftigkeit als mehrdimensionale, qualitative Variable - Ein Rahmenkonzept

Vogt, K., Hansmeier, T., Spyra, K., Müller-Fahrnow, W.

Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Berlin

Die bedarfsgerechte Versorgung als Aufgabe der Kosten- und Leistungsträger in der Rehabilitation setzt voraus, dass eine vorliegende Rehabilitationsbedürftigkeit einzelner Versicherter rechtzeitig erkannt und geeignete Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig eingeleitet werden (Schliehe et al., 1999).

Angeregt durch die Diskussion um mögliche Unter- und Überinanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen entstanden in der Vergangenheit verschiedene Ansätze zur empirischen Bestimmung von Rehabilitationsbedürftigkeit (Potthoff et al., 1994; Zimmermann et al., 1999). In der zusammenfassenden Beurteilung wird deutlich, dass ein Konsens über den Inhalt von Rehabilitationsbedürftigkeit und ein allgemein verbindlicher Maßstab für die Rehabilitationsbedürftigkeit eines Individuums jedoch nach wie vor fehlen. Die Ergebnisse me-

dizinischer Gutachten als Anhaltspunkt für Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. für die Tauglichkeit von Screening-Fragebögen heranzuziehen, erscheint aufgrund unterschiedlicher Kontexte der „Gutachter“ problematisch. Eine weitere Begrenzung früherer Ansätze liegt in der Vorstellung, Rehabilitationsbedürftigkeit lasse sich als Überschreitung eines (ingenieursmäßig) festgelegten Grenzwertes definieren, was an der fehlenden Unikausalität zwischen den verschiedenen Determinanten und der aus ihnen abgeleiteten Rehabilitationsbedürftigkeit scheitert. Die von den Befragten selbst vorgenommene Einschätzung (subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit) schließlich bedeutet keine inhaltliche Bestimmung der Rehabilitationsbedürftigkeit, auch wenn Plausibilitäten mit vermuteten Indikatoren wie Gesundheitszustand, AU-Tage etc. nachweisbar sind und korrelative Beziehungen zum Antragsverhalten bestehen. Die von den Befragten selbst empfundene Rehabilitationsbedürftigkeit ist wegen der unterschiedlichen Informationsvoraussetzungen der Beurteilenden zudem kritisch zu bewerten.

In zwei Forschungsprojekten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation an der Humboldt-Universität zu Berlin wird die Vorstellung eines allgemeingültig definierbaren Maßstabs für Rehabilitationsbedürftigkeit aufgegeben. Eine zentrale Rolle für die Überlegungen zur Entwicklung einer Rahmenkonzeption zur Bestimmung von Rehabilitationsbedürftigkeit spielen forschungstheoretische Grundgedanken aus der Gesundheitszustands- und Lebensqualitätsforschung. Rehabilitationsbedürftigkeit ist danach als mehrdimensionale, qualitative Variable anzusehen, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden kann. Beobachtbar und damit messbar sind Determinanten der Rehabilitationsbedürftigkeit als (exogene) Ursachen und ihre Wirkungen in unterschiedlichem Verhalten als Inanspruchnahme kurativer Maßnahmen (keine Reha), Antragstellung auf formelle Rehabilitationsmaßnahmen oder Inanspruchnahme informeller Rehabilitationsmaßnahmen. Verschiedene Ausprägungsmuster der Determinanten sind dabei nicht als höhere oder geringere Rehabilitationsbedürftigkeit auf einem eindimensionalen, quantitativ definierbaren Kontinuum, sondern nur als qualitativ jeweils andere Rehabilitationsbedürftkgeit identifizierbar, die in anderen Wirkungen resultiert (Hoffmann-Markwald, 1993).

In der Diskussion gelten drei Faktoren als wesentliche Bedingungsgrößen der Rehabilitationsbedürftigkeit: Krankheitsfolgen, Gesundheitszustand und Erwerbssituation. Der auf dieser Grundlage erfassbare Zustand beschreibt nach dem entwickelten Rahmenkonzept Rehabilitationsbedürftigkeit jedoch nicht hinreichend und ist eher als „Behandlungsbedürftigkeit“ zu bezeichnen. Die Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen hängt dagegen von weiteren vermittelnden Faktoren ab:

- subjektive Prognose
- subjektive Wertschätzung der Reha
- psychische Faktoren
- soziale Faktoren
- Kuration
- betriebliche Faktoren
- Informationsqualität

Beispielhaft lässt sich die Grundüberlegung der Rahmenkonzeption zur Rehabilitationsbedürftigkeit am Faktor subjektive Prognose näher erläutern: Bei gleicher Ausprägung der Be-

dingungsfaktoren (und Konstanthaltung der übrigen vermittelnden Faktoren) entscheidet die subjektive Prognose des Patienten zur Langfristigkeit einer empfundenen gesundheitsbedingten Einschränkung und zum Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen darüber, welche Handlungswahl getroffen wird (Wirkung). Der Zusammenhang zwischen den Faktoren und Wirkungen ist dabei nicht als Determinismus sondern als Wahrscheinlichkeitsbeziehung beschreibbar.

Der vorgestellte Rahmen lässt sich als erstes Konzept zur Bestimmung von Rehabilitationsbedürftigkeit verstehen, das noch weiterzuentwickeln ist. Klärungsbedarf besteht insbesondere in der Bestimmung von Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Determinanten der Rehabilitationsbedürftigkeit.

Literatur

Hoffmann-Markwald, A. (1993): Ein MIMIC-Modell der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit. Frankfurt u.a.: Peter Lang.

Potthoff, P., Biefang, S., Gerdes, N., Meschenmoser, E.M. (1994): Bedarfsgerechte Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation - Strategien zur Reduzierung der Unter- und Über-Inanspruchnahme. In: Müller-Fahrnow W (ed). Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung. Weinheim/München: Juventa, 37-68.

Schliehe, F., Röckelein, E. (1998): Einleitung und Durchführung der Rehabilitation. In: Delbrück H, Haupt E (ed). Rehabilitationsmedizin. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 68-92.

Zimmermann, M., Glaser-Möller, N., Deck, R., Raspe, H. (1999): Determinanten der Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation -- Ergebnisse einer Befragung von Versicherten der LVA Schleswig-Holstein. Das Gesundheitswesen, 61, 269-298.

Bedarf an neurologischer Rehabilitation nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma – eine Expertenbefragung

Bäumer, M. (1), Schneider, H. (2), Wallesch, C W. (1)

(1) Klinik für Neurologie der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg,
(2) Ärztlicher Dienst der LVA Sachsen-Anhalt, Halle

Einleitung

Die Folgen von Schlaganfällen und Schädel-Hirntraumen (SHT) dominieren den Bedarf an neurologischer Rehabilitation. In Deutschland werden über 10.000 stationäre neurologische Rehabilitationsplätze vorgehalten, während im ambulanten/teilstatio-nären Sektor von Experten erhebliche Defizite gesehen werden (Herrmann et al., 1997). International werden wohnortnahe, ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmodelle präferiert (Barnes, 1993).

Methode:

Wir stellen die Ergebnisse einer Expertenbefragung zum Bedarf an neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen nach Schlaganfall und SHT dar. Befragt wurden zur Rehabilitation nach Schlaganfall (in Klammern Zahl der Antworten):

- 49 (23) Krankenhausärzte der Fachrichtungen Neurologie und Innere Medizin,
- 30 (22) Ärzte der Ärztlichen Dienste der LVA Sachsen-Anhalt und der LVA Mecklenburg-Vorpommern,
- 31 (9) niedergelassene Neurologen und Internisten (Gutachter der LVA)
- und 18 (10) Ärzte in der neurologischen Rehabilitation.

zur Rehabilitation nach SHT:

- 68 (21) Krankenhausärzte der Fachrichtungen Neurochirurgie, Unfallchirurgie und Neurologie,
- 30 (14) Ärzte der Ärztlichen Dienste der LVA Sachsen-Anhalt und der LVA Mecklenburg-Vorpommern,
- 33 (10) niedergelassene Neurochirurgen, Unfallchirurgen und Neurologen (Gutachter der LVA),
- und 18 (12) Ärzte in der neurologischen Rehabilitation.

Der Fragebogen umfasste Fragen zum Rehabilitationsbedarf eigener Patienten nach Schlaganfall und SHT, zur Wichtigkeit therapeutischer Leistungen und zum präferierten Reha-Setting.

Ergebnisse

Bei Patienten nach Schlaganfall wurde vor allem Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen, motorischen Funktionen und Alltagsfertigkeiten gesehen. Ärzte in der Rehabi-

litation sahen außerdem erheblichen Bedarf hinsichtlich der Rehabilitation von Aufmerksamkeitsfunktionen. Bei Patienten nach SHT sahen alle Expertengruppen vordringlichen Bedarf hinsichtlich Alltagsfunktionen, beruflichen Anforderungen und Aufmerksamkeitsleistungen. Im Vergleich der beiden Diagnosen wurde für Patienten nach SHT besonderer Bedarf hinsichtlich der Rehabilitation von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Problemlöse- und emotional-affektiven Störungen gesehen, bei Schlaganfall-Patienten hingegen für motorische und Sprachstörungen sowie für Alltagsfunktionen.

Hinsichtlich Bedarf und Bedeutung von therapeutischen Leistungen standen nach Schlaganfall Physiotherapie, Ergotherapie und medizinische Behandlung im Vordergrund, gefolgt von Neuropsychologie. Niedergelassene Ärzte sahen einen besonders hohen Bedarf an neuropsychologischer Therapie. Für Logopädie wurde große Bedeutung bei geringem Bedarf angenommen, vermutlich weil nur ein Teil der Patienten von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen betroffen ist. Gesundheitsberatung erschien wichtiger als bei SHT-Patienten. Die Bedeutung aktivierender Pflege hing – wie nach SHT - vom beruflichen Setting des Experten ab.

Auch nach SHT wurden der größte Bedarf und die größte Bedeutung für physiotherapeutische Leistungen angenommen, gefolgt von Ergotherapie. Neuropsychologische Behandlung wurde für häufiger benötigt und wichtiger als nach Insult gehalten.

Abgesehen von den Ärzten in der neurologischen Rehabilitation, welche die Phase B der Reha-Klinik zuordneten, bestand keine eindeutige Präferenz in dieser Phase für Akutkrankenhaus oder Reha-Klinik. Phase C wird für beide Krankheitsbilder überwiegend der Reha-Klinik zugeordnet. Für Phase D sehen Krankenhausärzte niedergelassene Ärzte einen großen, niedergelassene Ärzte sogar einen überwiegenden Bedarf an ambulanten/teilstationären Angeboten. In der Gesamtschau der befragten Experten wird für etwa 40 % der Schlaganfall- und 30 % der SHT-Patienten der Phase D ein ambulantes oder teilstationäres Angebot bevorzugt.

Mit Ausnahme der Rangfolge der nach SHT am häufigsten benötigten Therapiemaßnahmen wurden die Ergebnisse in einer Delphi-Konferenz mit einer Zustimmung von über 80 % in der Gesamtgruppe der befragten Experten bestätigt.

Zusammenfassung

Zusammenfassend fand sich bei den antwortenden Experten ein bemerkenswertes Wissen über die Erfordernisse der neurologischen Rehabilitation. Hinsichtlich der Zuordnung der Frührehabilitation Phase B zu Akutkrankenhäusern oder Reha-Kliniken besteht – abgesehen von Ärzten in Reha-Kliniken – keine einheitliche Meinung. Der Schwerpunkt stationärer Rehabilitation wird einhellig Phase C zugeordnet. Für Phase D wird Bedarf an ambulanten/teilstationären Reha-Angeboten gesehen.

Literatur

Barnes, M. (1993): Organization of neurological rehabilitation services. In: Greenwood R, Barnes M, McMillan TM (eds.): Neurological rehabilitation. Edinburgh: Churchill Livingstone, 29-40.

Herrmann, M., Laufer, M. E, Kohler, J., Wallesch, C.W. (1997): Ambulante/teilstationäre neurologisch-neuropsychologische Rehabilitation. Teil II: Ergebnisse einer Analyse der Versorgungssituation in Süddeutschland. Nervenarzt 68, 801-805.

Berufliche Situation und Rehabilitationsbedarf von Patienten mit Multipler Sklerose

Jeske, A.M., *Sauer, E.*

Kliniken Schmieder, Konstanz

Bei der Multiplen Sklerose handelt es sich um die häufigste chronisch verlaufende neurologische Erkrankung des jüngeren und mittleren Lebensalters und somit der Hauptaltersgruppe Berufstätiger. Die Prävalenz der MS unterliegt einer ständigen Zunahme.

Heutzutage wird - in erster Linie bedingt durch Prävention von Sekundärkomplikationen und entsprechende symptomatische Therapiemöglichkeiten - eine annähernd normale Lebenserwartung erreicht. Des Weiteren ergeben sich Verbesserungen der Prognose aus den neueren immunmodulatorischen und immunsuppressiven therapeutischen Strategien.

Lediglich ein Teil der Patienten weist eine in der Tat ungünstige Verlaufsform mit schweren Behinderungen auf, während es bei vielen Betroffenen nur zur Entwicklung leicht- oder mittelgradiger Einschränkungen kommt, welche eine fortgesetzte berufliche Tätigkeit prinzipiell erlauben.

Dennoch wird die Prognose von Betroffenen und Umwelt, einschließlich der behandelnden Hausärzte, nach wie vor oft generell ungünstig eingeschätzt. Daraus resultieren vor allem in der Zeit nach der primären Diagnosestellung nicht selten überproportional lange Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie vorzeitige Berentungen. Abgesehen von volkswirtschaftlichen Aspekten wirkt sich dies unter Umständen auch für die betroffenen Patienten ungünstig aus. Eine fortgesetzte berufliche Aktivität unter der Voraussetzung eines entsprechenden Arbeitsplatzes kann körperlicher Inaktivität, sozialer Isolation und Depression entgegenwirken und somit die Langzeitprognose letztendlich verbessern.

Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit können sich bei Patienten mit Multipler Sklerose vor allem aus motorischen, koordinativen, Blasen- und Sehstörungen, sowie aus neuropsychologischen Defiziten und einer Minderung der allgemeinen psychophysischen Belastbarkeit ergeben. Darüber hinaus führen depressive und ängstliche Anpassungsstörungen zu zusätzlichen Einschränkungen.

Manche Patienten bleiben indessen trotz höhergradiger und komplexer Störungen lange Zeit beruflich integriert.

Hieraus ergibt sich die Frage, welche Rolle hierfür Motivation, Bedingungen des Arbeitsplatzes, familiäre Unterstützung, ambulante Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen spielen können.

Wir erhoben diesbezüglich Daten von 100 Patienten mit gesicherter Multipler Sklerose.

Analysiert wurden Zeiten und Ursachen von Arbeitsunfähigkeit bzw. Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Ausbildungsberuf, Art und Umfang der letzten beruflichen Tätigkeit, Alter bei Krankheitsbeginn, Erkrankungsdauer und Zeitpunkt der Diagnosestellung in Korrelation zum Behinderungsprofil und zum EDSS-Score.

Es zeigte sich, dass sich die Patienten vor allem durch eine Minderung der psychophysischen Belastbarkeit mit vorzeitiger Ermüdung und Erschöpfbarkeit, sowie durch psychische Belastungen in Verbindung mit der Erkrankung in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt erleben. Hingegen erwies sich das Ausmaß der körperlichen Behinderungen als deutlich weniger relevant. Einzelne Patienten waren selbst bei einem EDSS-Score von 7,5 noch berufstätig.

Als hilfreich wurden vor allem familiäre Stabilität, günstige Arbeitsbedingungen und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen angegeben.

Patienten, die frühzeitig und regelmäßig Rehabilitationsmaßnahmen wahrnahmen, blieben eindeutig länger beruflich integriert.

Für das neurorehabilitative therapeutische Programm ergibt sich somit ergänzend zu körperorientierten und neuropsychologischen Behandlungen eine besondere Relevanz fachkompetenter ärztlicher Information und Aufklärung und psychotherapeutischer Begleitung zur Unterstützung in der Krankheitsbewältigung. Ergänzend werden in unserer Klinik ein spezielles Informations- und Schulungsprogramm für MS-Patienten und eine ressourcenorientierte neurologische Berufstherapie durchgeführt.

Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Diagnosestellung einer Multiplen Sklerose folglich nicht zwangsläufig eine negative Erwerbsprognose nach sich ziehen muss. Aufklärung, Motivationsarbeit und umfassende neurorehabilitative Maßnahmen spielen eine entscheidende Rolle für eine möglichst langdauernde berufliche Integration.

Für die Rehabilitation MS-Kranker ergeben sich so unter Berücksichtigung der erhobenen Daten folgende Aufgaben:

- Überprüfung und Sicherung der Diagnose.
- Einleitung medikamentöser therapeutischer Maßnahmen bei entsprechender Indikation.
- Umfassende Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.
- Durchführung eines multimodalen Behandlungsprogrammes mit körperorientierten Therapien, neuropsychologischem Training und psychotherapeutischer Unterstützung der Krankheitsbewältigung.
- Analyse berufsrelevanter Problemfelder mit entsprechendem gezieltem Training in der neurologischen Berufstherapie einschließlich konkreter Vorbereitung der beruflichen Reintegration.
- Erarbeitung und Förderung der Motivation für eine möglichst langfristige berufliche Integration.

Literatur

Bauer, H.J., Kesselring, J. (1995): Medizinische Rehabilitation und Nachsorge bei Multipler Sklerose. Gustav Fischer-Verlag Stuttgart-Jena-New-York.

Kurtzke, J.F. (1993): Rating neurologic impairment in Multiple Sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS), Neurology, 33, 1444-1452.
Mertin, J., Varnay, C. (1999): Rehabilitation bei Multipler Sklerose. In: P. Frommelt, H. Grötzbach (Herausgeber): Neurorehabilitation, Blackwell Wissenschafts-Verlag Berlin-Wien.
Rao, S. (1990): Neurorehabilitational aspects of Multiple Sclerosis. Oxford University Press, Oxford-New-York-Tokio.

Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach Epilepsiechirurgie

Thorbecke, R., Koch-Stöcker, S., Jokeit, H.

Epilepsiezentrum Bethel, Bielefeld

Zweck

In diesem Beitrag soll zum Verlauf bei epilepsiechirurgischer Behandlung (Temporallappen-Teilresektionen) ohne spezielle Rehabilitationsmaßnahmen berichtet werden, um abzuschätzen, welche spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen benötigt werden.

Zielsetzung

Erfassen sozialer Veränderungen 2 Jahre nach Temporallappen-Teilresektion

- globale Veränderungen in der Gesamtgruppe
- individuelle Veränderungen
- Identifizierung medizinischer, neuropsychologischer, psychiatrischer und sozialer Risikofaktoren.

Stand der Literatur

Die bisher durchgeführten Studien zum postoperativen Verlauf ohne spezifische Interventionen zeigen (Thorbecke, 2000):

- Qualitative Verbesserung der Arbeitssituation (weniger Einschränkungen am Arbeitsplatz etc.)
- Abnahme der Arbeitslosigkeit (einige neuere Arbeiten zeigen diesbezüglich allerdings keinen Effekt)
- Zunahme der Selbstständigkeit im Wohnen
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die Studien zeigen gleichzeitig, dass ein erheblicher Teil der Patienten nicht vom operativen Eingriff profitiert: 11-45 % weiterhin ungünstige oder verschlechterte Arbeitssituation, 10-30 % weiterhin abhängige Wohnsituation, 30 % unbefriedigendes oder verschlechterte Lebensqualität.

Die postoperative Entwicklung ist neben dem Anfallsoutcome, von weiteren Prädiktoren abhängig:

- Arbeit: Alter, Verbesserung neuropsychologischer Funktionen, Beschäftigungsstatus vor der Operation.
- Selbständigkeit im Wohnen: allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit.
- Lebensqualität: präoperativen psychiatrische Erkrankung oder Persönlichkeitsstörung, präoperatives psychosoziales Wohlbefinden, präoperative Erwartungen, Fähigkeit Rollen zu verändern, familiäre emotionale Unterstützung.

Methodik

1. Prä- und postoperative medizinische, psychiatrische, neuropsychologische und soziale Evaluation, letztere in 8 Domänen mit objektiven und subjektiven Maßen (PESOS, Thorbecke, 1994). Die Lebensqualität im sozialen Bereich (LQsoz) wurde mit einer Skala erfasst. Cronbach Alpha präoperativ .76, postoperativ .87. Die individuellen, sozialen Veränderungen wurden in 4 Stufen klassifiziert: Verbesserung, gleich gut, Verschlechterung, gleich schlecht.
2. Untersuchungsgruppe: 103 Patienten mit 2-jähriger Nachbeobachtung nach Temporallappen- Teilresektion (57 rechts, 46 links). Alter: x= 32.8 (16,5 – 64,4), 44 % Frauen, Krankheitsdauer: 21.3 J. Anfallsoutcome Klassifikation nach Engel- Klassifikation 2 Jahre postoperativ: Class I (anfallsfrei): 61 % Class IV (ungebessert):13 %.
3. Statistische Verfahren: X^2-test, Fishers exakter Test, t-test, Binomialtest, multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung, logistische Regression.

Ergebnisse

- Die Gesamtgruppe profitiert deutlich hinsichtlich Unfallhäufigkeit, Mobilität, Sport, qualitativen Aspekte der Beschäftigung, selbständigem Wohnen und Lebensqualität im sozialen Bereich. Hinsichtlich sozialer Kontakte und Partnerschaft ergeben sich keine Veränderungen.
- In den Bereichen Mobilität, Qualität des Arbeitsplatzes und selbständiges Wohnen zeigen sich ebenfalls deutliche, individuelle Verbesserungen, bei einem Teil der Patienten auch Verschlechterungen. Diese sind vom Anfallsoutcome, aber auch von Persönlichkeitsstörungen, von psychiatrischen Verschlechterungen und der postoperativen kognitiven Leistungsfähigkeit abhängig.
- Berentungen: Die präoperative Anfallshäufigkeit war hoch. Nach den von Penin definierten Kriterien wären präoperativ 34 Patienten erwerbsunfähig gewesen (Penin, 1995). Tatsächlich waren aber nur 13 berentet. Präoperativ Berentete waren gegenüber den Erwerbstätigen älter (p=.000), hatten einen niedrigeren Gesamt-IQ (p=.005) und häufiger Persönlichkeitsstörungen (p=.008). Obwohl 6 der 13 anfallsfrei und 2 deutlich gebessert waren, übte beim 2-Jahres follow-up keine/r wieder eine Erwerbstätigkeit aus. Postoperativ wurden 8 Patienten berentet. Diese Patienten waren gegenüber den weiterhin erwerbstätigen älter (p=.02), hatten einen deutlich schlechteres Anfallsoutcome (p=.001) und hatten sich in ihrem psychiatrischen Status verschlechtert (p=.0000).

Diskussion und Folgerungen

Die Ergebnisse sprechen für eine bereits präoperativ erfolgend individuelle Rehabilitationsplanung, bei der nicht nur der individuelle Anfallsoutcome sondern eine Reihe weiterer prognostischer Faktoren zu berücksichtigen sind.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollten bei den Erwartungen der Patienten ansetzen (Fraser et al., 1997). Es ist von einer dreistufigen Rehabilitation auszugehen: a) präoperative Rehabilitation (Erheben und Strukturierung von Erwartungen, Formulierung von Rehabilitationszielen) b) unmittelbar postoperative Rehabilitation (intensive medizinische / psychologische / psychiatrische Betreuung, Vorbereitung von Rollenwechseln) c) mittelfristige Rehabilitation, 4-6 Monate nach Operation (Unterstützung bei konkreten Schritten, Einleitung beruflicher Maßnahmen etc.)

Literatur

Fraser, R.T., Thorbecke, R. (1997): Postoperative Rehabilitation. In: J. Engel Jr. und T.A. Pedley (eds.), Epilepsy: A Comprehensive Textbook, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1901–1910.

Penin, H. (1995): Hirnorganische Anfälle. In: H-H. Rauschelbach (Hrsg.): Das neurologische Gutachten, Thieme, Stuttgart, 207–222.

Thorbecke, R. (1994): Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Epilepsie, Epilepsie-Blätter 7, 3-12.

Thorbecke, R. (in Vorbereitung): Postsurgical Management, in: H. O. Lüders ed., Epilepsy Surgery, Second Edition, Lippincott-Raven.

Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthritis

Bräuer, W., Mau, W.

Medizinische Hochschule, Hannover

Ziele

Mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes waren besonders bei der Versorgung chronisch Kranker seit 1997 Einschränkungen hinsichtlich der rehabilitativen Versorgung zu befürchten (Boschke, 1997).

Deshalb sollten in einer klar definierten Kohorte chronisch Kranker, Patienten mit einer frühen chronischen Polyarthritis untersucht werden: die Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation, die Krankheitsdauer bis zum ersten Reha-Verfahren, die Dauer der Maßnahme sowie die Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Reha-Maßnahmen. Als assoziierte Variablen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation wurden Probleme mit bestimmten Bedingungen am Arbeitsplatz sowie Beeinträchtigungen durch Schmerzen untersucht.

Patienten und Methoden

Die Daten dieser Untersuchung stammen aus einer multizentrischen, prospektiven Studie (Medizinische Hochschule Hannover in Kooperation mit den Rheuma-Zentren Evangelisches Fachkrankenhaus Ratingen (R. Rau; G. Herborn), Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf (H.G. Pott), Schlosspark-Klinik Berlin (R. Alten), Klinikum Südstadt in Rostock (M. Keysser).

207 erwerbstätige Patienten mit einer maximal 1 Jahr dauernden chronischen Polyarthritis (cP), nach den Kriterien des ACR 1987 (Arnett et al., 1988) oder einer undifferenzierten Arthritis (uA) aus dem nosologischen Umfeld der cP, wurden 1992 - 1996 über 2 Jahre zu drei Erhebungszeitpunkten untersucht und befragt.

Von diesen 207 Patienten, die 4 Jahre nach der letzten Erhebungswelle postalisch nachbefragt wurden, haben 163 Probanden (79 %) geantwortet. Sie unterscheiden sich nicht von den 44 nicht erreichbaren Patienten hinsichtlich der Eingangsdaten. Folgende Charakteristika zeigten die 163 Patienten bei der Nachuntersuchung: mittleres Alter 53 (± 10) Jahre, Frauen 61 %, durchschnittliche Krankheitsdauer 78 (± 4) Monate.

Ergebnisse

- 55 % der Patienten haben im Krankheitsverlauf von ca. 6,5 Jahren an Reha-Maßnahmen teilgenommen
- ca. 2 Jahre beträgt die durchschnittliche Krankheitsdauer der Patienten bis zur ersten Reha-Maßnahme
- die mittlere Reha-Dauer betrug 1996 25 Tage, 1998 nur noch 20 Tage
- die meist genannten Ursachen einer Nichtinanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sind befürchtete Probleme am Arbeitsplatz (37 %) und Bindung an das soziale Umfeld (23 %). Belastungen wie Urlaubsanrechnung oder finanzielle Gründe (21 %) werden erst an dritter Stelle genannt.
- Bei univariater Analyse assoziierter Parameter der Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation zeichnen sich die Patienten, die eine Reha-Maßnahme beanspruchten, durch signifikant mehr Probleme bei verschiedenen beruflichen Tätigkeiten aus: Kälte, Nässe, Temperaturdifferenzen; stehend; zugreifen mit der ganzen Hand. Auch die Beeinträchtigungen durch Schmerzen der betroffenen Körperregionen (z.B. Schmerzen in der Schulter, Hand bzw. Fuß) sind signifikant höher, als bei den Patienten, die seit Erkrankungsbeginn keine Reha-Maßnahme in Anspruch nahmen.

Diskussion und Ausblick

Nur jeder zweite Patient mit einer chronisch entzündlichen Gelenkerkrankung (cP oder uA) nimmt innerhalb der ersten 6,5 Jahre der Krankheit an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teil. Es ist eine lange mittlere Latenz von durchschnittlich 2 Jahren Krankheitsdauer zu verzeichnen bis zur ersten Reha-Maßnahme. Daraus ergeben sich Hinweise darauf, dass die bei unzureichender Krankheitsbeherrschung innerhalb der ersten 6 Monate für die cP empfohlenen Reha-Maßnahmen nicht ausreichend realisiert werden (Projektgruppe Rehabilitation des Kooperativen Regionalen Rheumazentrums Hannover e.V.; 1999). Weiterhin ist bei dieser klar definierten Krankheitsgruppe die Reha-Dauer in ähnlichem Ausmaß

verkürzt, wie es in den letzten Jahren generell in der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherungsträger beschrieben ist (VDR).

Wichtige Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Reha-Maßnahmen sind Arbeitsbedingungen, soziales Umfeld und die Krankheitsausprägung. Urlaubs-Anrechnung und finanzielle Selbstbeteiligung spielen eine untergeordnete Rolle.

Durch multivariate Analysen soll eine Gewichtung der Determinanten für die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Rehabilitation weiter untersucht werden.

Literatur

Arnett, F.C. et al. (1988): The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid Arthritis: Arthritis Rheum. 31, 315-324.

Boschke, W.L. (1997): Auswirkungen des Sparpaketes der Bundesregierung auf den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 36, 12-15.

Projektgruppe Rehabilitation des Kooperativen Regionalen Rheumazentrums Hannover e.V. (1999): Medizinische Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritis oder Spondarthritiden. Niedersächsisches Ärzteblatt (in Druck).

VDR Statistik Rehabilitation (Hrsg.) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Band 114, 1994; Band 118, 1995; Band 122, 1996; Band 126, 1997; Band 130, 1998): Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung)

Teikö-Studie zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation - von der Kontraindikation zur Indikation

Karoff, M. (1), Müller-Fahrnow, W. (2), Schliehe, F. (3), Spyra, K. (2), Piel, A. (2)

(1) Klinik Königsfeld, Witten-Herdecke, (2) Humboldt Universität, Berlin,
(3) VDR, Frankfurt/M.

In Deutschland werden ambulante/teilstationäre kardiologische Rehabilitationsbehandlungen selten bzw. in Modellprojekten durchgeführt (Bjarnason-Wehrens et al., 1999; Gysan et al., 1997; Karoff, 1998). Der Bedarf und die Akzeptanz an dieser Rehabilitationsform sind weder quantitativ noch in Bezug auf mögliche Unterschiede zwischen den die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten „stationär" und „ambulant/teilstationär" päferierenden Patienten ausreichend geklärt.

Ziel

Durch diese Studie sollte der Bedarf für ambulante/teilstationäre Rehabilitation in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik ermittelt werden. Berücksichtigt werden sollte dabei auch die intensivierte Nachsorge (INA). „Intensivierte Nachsorge (INA)" umfasst eine zweimal wöchentlich über 6 Wochen ganztags stattfindende rehabilitative Behandlung in der Klinik Königsfeld.

Krankengut und Methodik

Vom 01.10.96 bis 31.03.98 wurden alle Patienten konsekutiv erfasst, die zur Anschlussre-

habilitation in die Klinik Königsfeld aufgenommen wurden, jünger als 75 Jahre alt waren und sich an der Studie beteiligten (n=1265). Messzeitpunkte: Aufnahme (T1), Entlassung aus der Rehabilitation (T2) und T3 neun Monate später.

Ergebnisse

Von 1265 (100 %) Patienten waren 263 (20,8 %) an einer ambulanten/teilstationären Rehabilitation interessiert und es bestand keine Kontraindikation.165 (13,04%) dieser 263 Patienten führten die Behandlung auch ambulant/teilstationär durch. Diese 165 Patienten (Gruppe 1) wurden mit einer Gruppe von 537 Patienten verglichen (Gruppe 2), bei denen ebenfalls keine Kontraindikation gegen eine solche Behandlungsform bestand, aber an einer ambulanten/teilstationären Behandlung nicht teilnehmen wollten. Frauen waren in der Gruppe 1 signifikant geringer vertreten, auch war das Durchschnittsalter in dieser Gruppe mit 53,6±9,9 deutlich niedriger als in Gruppe 2 (59,3±9,5). Der Anteil der Patienten mit hochqualifizierter Tätigkeit, leitender Position, Selbständigkeit lag in der Gruppe 1 bei 38,6 und in der Gruppe 2 bei 22,3 %. Bezüglich der leistungsphysiologischen Daten und bei den Lipidparametern fanden sich lediglich bei Teilgruppen, wie bei Entlassung arbeitsfähigen Patienten und bei arbeitsunfähigen Patienten mit Teilnahme an der intensivierten Nachsorge, bessere Ergebnisse, dies vor allem im Vergleich zu den arbeitsunfähigen Patienten ohne intensivierte Nachsorge. Bei folgenden zusammenfassenden Skalen des IRES-Fragebogens lag der Anteil derer, die sich als auffällig oder gravierend auffällig einschätzten in der Gruppe 2 signifikant höher: bei der psychischen Belastung (Gruppe 1: 40,4, Gruppe 2: 56,9 %), den Schmerzen (Gruppe 1: 36,8, Gruppe 2: 52,5 %) und der Belastung im Beruf (Gruppe 1: 58,0, Gruppe 2: 69,4 %); bei der Selbsteinschätzung des Schweregrades der Erkrankung nach NYHA I bis IV ordneten sich zu T1 22 % der Patienten in Gruppe 1 nach Schweregrad IV ein (Gruppe 2: 31,2 %).

Zusammenfassung

Die Akzeptanz einer ambulanten/teilstationären kardiologischen Rehabilitation scheint vom Alter, vom Geschlecht und vor allem aber von der Sozialschicht des Patienten abhängig zu sein. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich auch bezüglich der Selbsteinschätzung der psychischen Belastung, der Schmerzen, der beruflichen Belastung und bei der Bewertung des Schweregrades der Erkrankung. Diese Studie zeigt aber auch, dass die zunächst aus Gründen der Risikominimierung aufgestellten Kontraindikationen als Auswahlkriterium nur bedingt geeignet sind. Es ergeben sich aus den Ergebnissen Möglichkeiten, Auswahlhilfen für die für den Patienten richtige Rehabilitationsform zu finden. Eine intensivierte Nachsorge kann zudem für arbeitsunfähige Patienten positive Effekte auf den Langzeitverlauf haben.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, B., Predel, H.G., Rost, R. (1999): Das Kölner Modell der ambulanten kardialen Rehabilitation. Herz/Kreisl. 29, 7-8.

Gysan, D.B., Heinzler, R., Schmidt, K. (1997): Primärergebnisse und Langzeiteffekt eines ambulanten, kardialen Rehabilitationsmodells (Phase II) nach Myokardinfarkt, Dilatationsbehandlung und Herzoperation. Zkardiol 86, 691-702.

Karoff, M. (1998): Ambulante/teilstationäre Rehabilitationsverfahren im „Ennepetaler Modell", Herz, 23, 533-535 (Nr.8).

Sozialmedizinische Prognose nach berufsfördernden Leistungen - Auswertungen aus der Reha-Statistik-Datenbasis der BfA

Grünbeck, P., Klosterhuis, H.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Hintergrund

Berufliche Rehabilitation kann für Behinderte, in ihrer Gesundheit eingeschränkte Menschen eine wichtige Voraussetzung sein, um wieder oder weiter arbeiten zu können. Der finanzielle Aufwand für berufliche Leistungen zur Rehabilitation liegt aktuell bei einem Anteil von 17 % am Gesamtaufwand der BfA für Rehabilitation. Insbesondere mehrjährige berufsbildende Leistungen, wie Umschulungen, erfordern einen hohen finanziellen Aufwand, so dass die Frage nach einer Messung des Erfolgs von berufsfördernden Leistungen, ähnlich wie für medizinische Reha-Leistungen, nahe liegt.

Methodik

Mit der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) liegt allen RV-Trägern ein aussagefähiges Instrument für Verlaufsauswertungen über einen Zeitraum von acht Jahren vor. Sie enthält personenbezogen zusammengeführte Daten über alle Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, über Renten, sowie Beitragszeiten aus dem Beobachtungszeitraum. Die aktuelle RSD umfasst den Zeitraum von 1990 bis 1997, so dass für im Jahre 1994 abgeschlossene Bf-Leistungen die Erwerbstätigkeit drei Jahre nach der Reha und auch mehrere Jahre vor Beginn der Reha beobachtet werden kann. Daraus lässt sich analog zur sozialmedizinischen Prognose bei medizinischer Reha der Verlauf der Erwerbstätigkeit beobachten.

Ergebnisse

Die Ergebnismessung beschreibt den Beschäftigungsstatus der aus der Bf-Reha Entlassenen zu einem Zeitpunkt nach Reha-Ende. Es werden die Ergebnisse „beschäftigt“, „arbeitslos“, „längerfristig arbeitsunfähig“ und „frühberentet“ zum Zeitpunkt drei Jahre nach Reha untersucht. Der Begriff „längerfristig arbeitsunfähig“ erklärt sich dadurch, dass uns RV-Beitragszeiten in der RSD vorliegen, jedoch „Anrechnungszeiten wegen Arbeitsunfähigkeit“ erst nach Ende der Lohnfortzahlung dokumentiert werden. Wegen der geringen Anteile wurde auf die Angabe von Altersrentnern und von zum Beobachtungszeitpunkt Verstorbenen verzichtet.

In der Abbildung 1 werden die Ergebnisse für die berufsbildenden Leistungen vorgestellt. Die Arbeitslosigkeit liegt hier drei Jahre nach Ende der Bildungsmaßnahme bei ca. 20 %. Dies ist auch ein Ausdruck der aktuellen Arbeitsmarktlage. Der Beschäftigungsstatus für Umschulung und Fortbildung erreicht den hohen Wert von ca. 70 %, während Rehabilitanden mit Schwierigkeiten bei der Eingliederung, die eine zusätzliche Anpassungs- oder Integrationsmaßnahme erhalten, trotzdem nur zu 44 % beschäftigt sind und zu knapp einem

Drittel in die Frühberentung gehen (davon ein Drittel aus Arbeitsmarktgründen). Bei der Untersuchung von Ost/West-Unterschieden zeigt sich, dass die schwierigere Arbeitsmarktlage in den neuen Bundesländern ihren Ausdruck in geringerer Beschäftigung, höherer Arbeitslosigkeit und deutlich erhöhtem Anteil an Frührentnern findet. Bei der Prognose nach beruflicher Bildungsmaßnahme gibt es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Angestelltenversicherung. Als Eingangsvariable, die das Ergebnis in Bezug auf Arbeitslosigkeit und Frühberentung deutlich verschlechtert, kann Arbeitslosigkeit vor der Reha genannt werden. Weitere Analysen zur Entgeltentwicklung nach beruflicher Reha, bezogen auf das Einkommen vor der Reha, zeigen, dass Umschulungen den Versicherten, die einen Wiedereinstieg in das Berufsleben erreichen, eine deutliche Einkommensverbesserung ermöglichen.

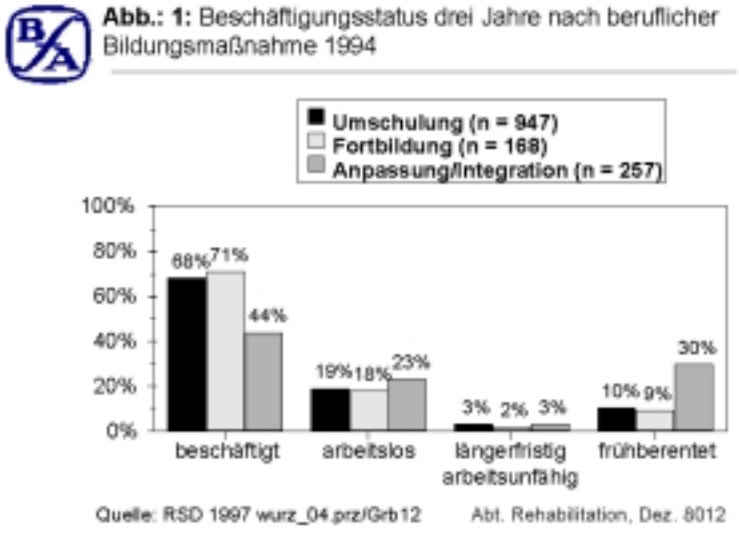


Abb.: 1: Beschäftigungsstatus drei Jahre nach beruflicher Bildungsmaßnahme 1994

Schlussfolgerung und Ausblick

Mit der Übertragung des Instrumentes der sozialmedizinischen Prognose von der medizinischen auf die berufliche Rehabilitation lassen sich empirisch fundierte Aussagen zum Erfolg beruflicher Rehabilitation machen. Hervorzuheben ist der große Anteil von Beschäftigten nach Abschluss der Reha. In der Rentenversicherung wird die Einführung einer Routineberichterstattung von Ergebnissen der Reha-Verlaufsauswertung diskutiert. Hier könnte auch die sozialmedizinische Prognose nach beruflicher Reha ihren Platz finden.

Literatur

Reimann, A. (1999): Berufsfördernde Leistungen der BfA aus verwaltungsseitiger Sicht. In: Rehabilitation 1999, Fachtagung zur beruflichen Rehabilitation der BfA, Berlin, 1. und 2.6.99, Berlin.

Korsukéwitz, Ch.: Berufsfördernde Leistungen der BfA aus sozialmedizinischer Sicht. In: ebd.

Irle, H., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (1998): Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabilitation in der Angestelltenversicherung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 42, Juni.

Zollmann, P., Grünbeck, P., Klosterhuis, H., Schliehe, F. (1999): Die Sozialmedizinische Fünf-Jahres-Prognose des Rehabilitanden-Jahrgangs 1992. Vortrag auf der Jahrestagung der DGSMP in Freiburg.

Müller-Fahrnow, W., Löffler, H.E., Schuntermann, M.F., Klosterhuis, H. (1989): Die Rehabilitationsverlaufsstatistik - Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: Die sozialmedizinische Prognose. Deutsche Rentenversicherung, 3/89.

Zur Wertigkeit von Assessmentverfahren bei der beruflichen Integration - EAM, IMBA/MELBA und ERGOS (ARCON)

Schian, H.M., Kaiser, H., Greve, J.

Institut für angewandte Rehabilitations-Wissenschaft, Köln-Rodenkirchen

Funktionelle Prüfmerkmale, werden in Assessments mit unterschiedlichen Methoden erhoben. Daraus resultieren unterschiedliche Dimensionen für die psycho-physischen Skalierungen oder es erfolgen unscharfe Einschätzungen.

In Deutschland wurden zwei Erhebungsverfahren zur beruflichen Integration entwickelt: EAM und IMBA. Beide ermitteln über einen Profilvergleich von Fähigkeiten und beruflichen Anforderungen das Ausmaß möglicher Überforderungen, die auf einen bestimmbaren Hilfebedarf verweisen. Das EAM-Verfahren als Vorläufer von IMBA wiederum beruht auf medizinischen Einschätzungen, die z.B. auch weiterhin bei IMBA vorgenommen werden. Bei MELBA als integraler Bestandteil von IMBA, werden neben ergänzenden Verhaltensbeobachtungen durchgehend psychometrisch ermittelte Beurteilungen zur Ermittlung der berufbezogenen psychomentalen Fähigkeiten eingesetzt. Desintegrative Einflussfaktoren oder auch Prognosekriterien für eine eventuell positive Integration, die psychisch, sozial oder stressbedingt sein können, sind darin, wie in allen gängigen Assessementverfahren zur Rehabilitation, nicht enthalten. Diese unterstützenden Faktoren werden aber durch Ergänzungserhebungen (IPI, FBS) bei IMBA beigefügt, um so für den P-Kode der ICIDH-2 Aussagen zu ermöglichen.

Die entsprechenden beruflichen Anforderungen in den genannten Verfahren beruhen ebenfalls auf Einschätzungen und beinhalten Unschärfen. Diese qualitativ weichen Daten ließen sich z.B. mit dem computergestützten ERGOS-System erhärten und objektivieren. Das ERGOS-System bezieht die Daten für die beruflichen Anforderungen aus dem DOT-System. Diese Daten sind nach dem MTM-System ermittelt und stellen gemittelte Werte zu den ca. 10.000 erfassten Tätigkeiten dar. Es erfolgt also keine gezielte Abstimmung auf den speziellen Arbeitsplatz für den behinderte Menschen, sondern es wird aus einer Vielzahl „gesunder" Beschäftigter gemittelt. ERGOS vollzieht dabei eine Mittelwertbildung zum vielfältig strukturierten Arbeitsprozess. Es wird dabei aber auch die Möglichkeit und Ausgleichbarkeit durch integrative Hilfen weg „simuliert". Dennoch stellen die ERGOS-Daten zum Fähigkeitsprofil den anfallenden Handlungsraum für die Integration erstmals auf eine objektive Basis.

Die unterschiedlichen beruflichen Aufgabenfelder der Prüfaufgaben liefern jedoch keine psychometrisch fassbaren Daten. So ergibt sich bereits nach diesen Kurzhinweisen die Situation, dass nur eine Kombination oder modulgerechte Kombination der genannten Verfahren mit dem Ziel weitreichender „Behinderungsgerechtigkeit" zu erreichen. Eine Korrelation vorhandener IMBA/MELBA zu den ERGOS- bzw. DOT-Daten zum Anforderungsprofil wird exemplarisch seit Beginn 1999 erstellt, um die unterschiedlichen Vertrauensbereiche der genannten Verfahren zu belegen.

Dabei zeichnet sich ab, dass erstmals sozialmedizinisch relevante Beurteilungen mit IMBA und entsprechenden ERGOS-Modulen verifiziert werden können, um sie dann auf die verschiedenen Kode-Einstufungen der ICIDH zu übertragen. Mit dieser ganzheitlich ausge-

richteten Datenvernetzung lässt sich erstmals auch eine nachhaltige Qualitätssicherung mit Problemzentrierung verwirklichen.

Literatur

Schian, H.M. et al. (1999): Assessment-Verfahren im internationalen Vergleich. VDR-Kongressbeitrag, Norderney, VDR-Schriften/Abstractband.

Sozialmedizinische und psychische Korrelate der beruflichen Reintegration unter fünfzigjähriger Patientinnen und Patienten nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung

Budde, H.G., Keck, M.

Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Rheinland-Pfalz, Bad Münster am Stein-Ebernburg

Hintergrund

Die berufliche Wiedereingliederung ist bei Menschen im erwerbsfähigen Alter eines der zentralen Ziele der Rehabilitation. Dabei kristallisiert sich mehr und mehr heraus, dass gerade bei Patienten nach kardiologischer Anschlussheilbehandlung wegen Herzinfarkt oder Herzoperation der Wiedereintritt in das Erwerbsleben mit einer besseren Adaptation an die chronische Erkrankung verbunden ist, die sich u.a. im geringeren Ausmaß affektiver Störungen (Depression, Angst) und somatoformer Beschwerden sowie im konsequenteren Abbau kardialer Risikoverhaltensweisen und in der Übernahme eines gesundheitsstabilisierenden Lebensstils ausdrückt (Häussler et al., 1995; Keck et al., 1999a, 1999b; von Kerekjarto et al., 1983; Schott, 1996).

Im folgenden sollen Daten vorgelegt werden, die im Rahmen einer prospektiven Studie gewonnen worden sind und Hinweise auf sozialmedizinische Korrelate der poststationären beruflichen Entwicklung und auf die Entwicklung affektiver Beschwerden in Abhängigkeit davon verschaffen.

Methodik

Alle unter 50 Jahre alten Patientinnen und Patienten, die eine stationäre kardiologische AHB in der Klinik absolvieren, werden in die Untersuchung einbezogen. Sie werden zu Beginn und am Ende der AHB um die Bearbeitung eines Fragebogenpakets (IRES 2.1 bzw. 2.2, HADS-D, Eigeneinschätzung erwarteter Unterstützung bzw. möglicher Probleme bei der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit) sowie um die Zustimmung zu einem Anruf durch die Klinik 6 Wochen vor und zur Zusendung eines Fragebogenpakets 6 Monate nach AHB gebeten. Diese Daten werden anonymisiert mit den medizinischen und sozialmedizinischen Daten der Patienten aus den Phasen I und II der kardiologischen Rehabilitation zusammengeführt.

Sowohl beim Telefonat als auch im Katamnese-Bogen wird die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfragt.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Abfassung des Abstracts liegen 6-Monats-Katamnesen von n=200 Patientinnen und Patienten vor. Ca. 10 % der Gruppe sind weiblich.

Der Fragebogenrücklauf liegt bei 75 %. Knapp drei Viertel der Antwortenden befinden sich sechs Monate nach Abschluss der stationären kardiologischen Rehabilitation in einer positiven berufsbezogenen Situation. Eigen- und Arzteinschätzung am Tag der AHB-Aufnahme stehen in statistisch signifikantem Zusammenhang zur berufsbezogenen Situation ein halbes Jahr nach AHB. Weitaus die meisten wieder Berufstätigen sind wieder im alten Beruf und am alten Arbeitsplatz beschäftigt. Die berufliche Situation ist bei den Männern deutlich häufiger positiv (75 %) als bei den Frauen (53 %).

Diejenigen in ungünstiger beruflicher Situation sind im Schnitt 1 Jahr älter (n.s.) und weisen mehr Krankheitstage im letzten Jahr auf ($p < 0,05$), waren aber im Schnitt vor der AHB genauso lange im Akutkrankenhaus wie die andere Gruppe.

Die Serumcholesterin-Werte beider Gruppen sind bei AHB-Beginn im Mittel praktisch gleich. Sie nehmen in beiden Gruppen während der AHB ab, deutlicher jedoch bei denjenigen, die sich ein halbes Jahr später in positiver berufsbezogener Situation befinden. In dieser Gruppe sind die Werte ein halbes Jahr später kaum, in der andern Gruppe jedoch stärker gestiegen.

Die mittleren Angstwerte unterscheiden sich am AHB-Beginn und –Ende nur tendenziell, nach 6 Monaten jedoch bedeutsam: Sie sind ausgeprägter bei den nicht wieder in das Berufleben Zurückgekehrten ($p=0,001$). Auch Schlafstörungen sind bei ihnen häufiger ($p=0,002$). Ähnlich sind die Verläufe bei den Depressivitätsindizes. Allerdings ist der Unterschied zwischen den Gruppen schon bei Beginn nachweisbar ($p=0,06$), wird leicht größer zum AHB-Ende ($p=0,04$) und erheblich nach 6 Monaten ($p=0,005$). Auch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands entwickelt sich analog auseinander.

Diskussion

Die Befunde der prospektiven Studie bestätigen die Ergebnisse früherer Arbeiten und verweisen auf die stabilisierende Funktion der Berufstätigkeit bei unter 50 Jahre alten Patientinnen und Patienten mit Herzerkrankung. Die gescheiterte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben steht mit der Verstärkung affektiver Beschwerden ebenso wie mit der poststationären Erhöhung kardialer Risikofaktoren in Zusammenhang. Die Unterschiede lassen sich in der Tendenz bereits bei AHB-Beginn zeigen, werden im Verlauf jedoch gravierender.

Die Frauen der von uns untersuchten Stichprobe sind stärker von einer ungünstigen berufsbezogenen Entwicklung nach AHB betroffen als die Männer.

Literatur

Häussler, B., Keck, M., Jakob, M. (1995): Optimierung der beruflichen Reintegration von Herzinfarktpatienten. Berlin: de Gruyter.

Keck, M., Budde, H.G. (1999a): Ambulante Herzgruppen nach stationärer kardiologischer Rehabilitation. Rehabilitation 38, 79-87.

Keck, M., Budde, H.G. (1999b): Medizinische und sozialmedizinische Korrelate des Serumcholesterinwerts während und nach stationärer kardiologischer Rehabilitation – eine prospektive Studie. Rehabilitation 38, 185-189.

Von Kerekjarto, M., Krasemann, E.O., Maas, G. (1983): Wie leben Frührentner nach Herzinfarkt? MMW 125, 722-726.
Schott, Th. (1996): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Weinheim/München: Juventa.

Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation: Psychologische Faktoren in der langfristigen Arbeitsunfähigkeit

Disse, O., Knörzer, J.

Bavaria Klinik, Freyung

Hintergrund, Stand der Literatur, Zweck der Studie

Geht man (Landau, 1997) davon aus, dass die Beanspruchung eines Arbeitnehmers davon abhängt, welchen Anforderungen er mit welchen Fähigkeiten begegnet, so folgt, dass Überbeanspruchung ihren Grund in einer Diskrepanz zwischen Anforderungen und Fähigkeiten hat. Auch Zielke geht in seinem Modell zur Analyse des Arbeits- und Leistungsprozesses (Zielke, 1998) davon aus, dass Probleme dann entstehen, wenn die Quantität/Qualität der externen Leistungsanforderungen und die individuelle Leistungsbereitschaft insoweit diskrepant sind, dass eine hohe Verausgabung notwendig wird. Dies ist besonders der Fall, wenn eine Erkrankung durch ein erhöhtes Anstrengungsniveau bis zur Erschöpfung beantwortet wird. In einigen Untersuchungen zur Krankheitsbewältigung bei chronischen Rückenschmerzen wird auf zwei problematische Haltungen und Verhaltenstendenzen hingewiesen. Einerseits Durchhaltestrategien, andererseits ein Angst-Vermeidungs-Verhalten (Fear-avoidance), dass das Risiko für langfristige Arbeitsunfähigkeit ebenfalls erhöht.

Plassmann und Färber (1995) verweisen darauf, das nur ein Teil der Rentenentwicklungen auf medizinisch objektivierbare Krankheiten und Behinderungen zurückgeführt werden kann:

Die Autoren weisen in ihrer Studie nach, dass die Rentenentwicklung – und wir möchten ergänzen auch die langfristige Arbeitsunfähigkeit – bei vielen Patienten nicht kausale Folge einer Krankheit, sondern das Ergebnis einer psychosozialen Rückzugsbewegung ist, die von zahlreichen Einzelfaktoren gefördert wird. Bei diesen Patienten ist eine „soziale Regression“ beobachtbar. Ein ständiges Überforderungsgefühl baut sich auf, eine Selbsteinschätzung der Minderbelastbarkeit, eine Tendenz zur Verantwortungsabgabe zunächst im Beruf, dann auch in anderen Bereichen – all das begleitet von einem hohen Therapiekonsum bei zunehmend geringer werdendem Effekt aller Behandlungsmaßnahmen.

Methodik, Studiendesign

Diese Entwicklung, d. h. der Prozess dieser Motivationskrise soll im Bereich der orthopädischen medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation überprüft werden. Dem verhaltensmedizinischen Modell folgend, sollen Probleme in den Bereichen Kognitionen, Emotionen, psycho-physiologische Disregulation und im verhaltensmäßig motorischen Bereich identifiziert werden. Diese werden in einem Querschnitt bezüglich ihres zeitlichen Verlaufs in Abhängig-

keit von der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgewertet. Dafür wurden im Rahmen der psychologischen Diagnostik 588 Patienten bei Aufnahme in eine medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation untersucht. Es wurden verschiedene Testverfahren eingesetzt, mit denen nach Hinweisen in den Bereichen Depression, psycho-physische Erschöpfung, Angst- und Vermeidungsverhalten bezüglich Arbeit und Belastung sowie Problemen im arbeits- und berufsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster gesucht wurde.

Ergebnisse

Erfasst man die Depressivität, zeigen sich in der Regel Verstimmungszustände unterhalb der neurotischen Schwelle. Wertet man die Fragebögen auf Item-Niveau aus, so ergibt sich (wie auch schon in vielen anderen Studien zu Patienten mit Schmerzen im Bewegungsapparat), dass sich die Depressivität hauptsächlich in kognitiven Haltungen und psycho-physischen Miss-Empfindungen widerspiegelt.

Lässt man die Patienten sich mittels der Beschwerdenliste (Zerrssen) beschreiben, so zeigen die Patienten der BfA deutlich höhere Werte als die einer LVA. Für die Versicherten der LVA steht ihr Hauptschmerz ganz klar im Vordergrund der Wahrnehmung. Andere Beschwerden treten dahinter deutlich zurück. Bei den Versicherten der BfA spielen neben den Hauptbeschwerden auch andere Probleme im Sinne einer psycho-physischen Befindensstörung eine größere Rolle.

Im berufsbezogenen Erleben und Verhalten (AVEM; Schaarschmidt et al., 1996) zeigen die Patienten der BfA eine etwas höhere Tendenz zu einem Typ A-Verhalten (Durchhaltestrategien) als die Patienten der LVA. Hinsichtlich ihres Risikos zu Verstimmung und Resignation (Typ B) unterscheiden sich die Gruppen nicht. Die Versicherten der LVA tendieren etwas mehr zu einem Schonungsverhalten. Der Anteil der Patienten, die Gesundheitsverhalten zeigen, ist bei beiden Gruppen mit knapp 25 % etwa gleich groß.

Auffällig ist bei den Versicherten der LVA ein deutlich reduziertes Erfolgserleben bei gleichzeitig etwas überdurchschnittlicher Verausgabungsbereitschaft, die Versicherten der BfA zeigen tendenziell ein Defizit hinsichtlich ihrer inneren Ruhe und Entspannungsfähigkeit.

Das Angst-Vermeidungs-Verhalten, ein prognostisch bedeutsamer Faktor für „return to work“, zeigt eine erhebliche Problematik: Die Patienten zweifeln an ihrer Rückkehr in den Beruf und glauben, Aktivität als solche würde ihre Beschwerden verstärken. Ein großer Teil der Patienten ist somit als Risikopatienten hinsichtlich einer Gefährdung der dauerhaften Rückkehr an den Arbeitsplatz zu betrachten.

Erfasst man die psychologischen Variablen über die Zeit der AU, gibt es einen hochsignifikanten Knick zur Verschlechterung ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Monaten innerhalb des letzten Jahres. Dies gilt für die Depression ebenso, wie für psycho-vegetative Störungen oder das Vermeidungsverhalten gegenüber Aktivität, am deutlichsten jedoch für die subjektive Prognose, ob eine Rückkehr in Arbeit und Beruf möglich ist.

Betrachtet man die Patienten getrennt nach arbeitsfähig und arbeitsunfähig entlassenen Patienten und bezogen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten im letzten Jahr, so zeigen sich signifikante Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe der arbeitsfähigen Patienten und der arbeitsunfähigen Patienten für die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zu 6 Monaten. Bei den Patienten, die über 6 Monate im letzten Jahr AU waren, verwischen sich diese Unterschiede.

Dies deutet darauf hin, dass die Patienten in der Gruppe über 6 Monate AU sich subjektiv erschöpft und weniger vital empfinden, unabhängig davon, ob sie objektiv arbeitsfähig oder arbeitsunfähig sind

Diskussion

Zusammenfassend bedeutet diese Entwicklung: Häufigere AU-Zeiten führen zunächst zu einer gewissen Erholung und Reduktion von Verstimmungszuständen. Ab etwa 6 Monaten verschärft sich die psychophysische und psychische Problematik jedoch schlagartig, unabhängig davon, ob der Patient objektivierbare somatische oder psychische Krankheitsfolgen hat. Die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können überschreitet sowohl bei den arbeitsfähigen, wie bei den arbeitsunfähigen Patienten die Grenzen für Hochrisikopatienten. Mit einiger Berechtigung kann vermutet werden, dass die soziale Regression bereits bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 6 Monaten deutlich verschärft ist. Das Alter spielt dabei (zumindest in dem von uns beobachtbaren Zeitfenster) eine untergeordnete Rolle.

Die Daten zeigen dabei, dass – in Begrifflichkeit der ICIDH – die Probleme in erster Linie im Bereich der Handicaps auftreten und die Partizipation im Berufsleben von grundlegenderen Einstellungen, Haltungen und motivationalen Entwicklungen beeinflusst wird. Sie verweisen auf schleichende Prozesse hinsichtlich der Motivationslage der Patienten und eines Vermeidungsverhaltens gegenüber Aktivität und Belastung.

Insbesondere an diesen Punkten muss die Psychologie in der medizinisch-berufsorientierten Reha ansetzen, wenn sie erfolgreich sein will.

Literatur

Landau, K., Stüber, E. (Hrsg.) (1992): Die Arbeit im Dienstleistungsbetrieb. Stuttgart: Ulmer.

Plassmann, R., Färber, K. (1995): Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken, Rehabilitation 34, 23-27.

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (1996): Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Swets: Frankfurt.

Zielke, M. (1998): Entwicklung und Begründung eines Modells zur Analyse des Arbeits- und Leistungsprozesses. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 41, 13-28.

Wohntraining – Sicherung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens nach stationärer Rehabilitation

Frese, M., Bühler, C.

Forschungsinstitut Technologie-Behindertenhilfe (FTB) der Evangelischen Stiftung Volmarstein, Wetter/Ruhr

Einleitung

Ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung ist Menschen mit Behinderungen nach einem längeren stationären Aufenthalt häufig nicht ohne weitere Vorbereitung möglich. Eine

Begleitung, die hilft, individuelle Rehabilitationserfolge in selbständiges Handeln innerhalb und außerhalb der eigenen Wohnung umzusetzen, findet im Bedarfsfall aber kaum statt.

Insbesondere der Nutzen technischer Hilfen sollte im häuslichen Umfeld überprüft werden, d.h. unter höheren Anforderungen an die eigene Selbständigkeit, als unter stationären Lebensbedingungen gegeben. Fehlversorgungen könnte auf diesem Weg entgegengewirkt werden (Werner et al., 1998).

Darüber hinaus leben in Deutschland ca. 140.000 Menschen mit Behinderungen aus Mangel an wohnortnahen, ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten, sogenannten offenen Hilfen (BAR [Hrsg.] Perspektiven des Wandels 1999) in Heimen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit, innerhalb der Rehabilitationskette Möglichkeiten zu schaffen, die den Übergang zurück in die eigene Wohnung sichern.

Wohntraining am FTB ist ein Modellprojekt zur Entwicklung einer fächerübergreifenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, an der Systemschnittstelle stationär-ambulant. Hauptziel des vorgestellten Modells ist es, Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich zielgerichtet auf das Leben in der eigenen Wohnung vorzubereiten.

Konzept

Wohntraining besteht im wesentlichen aus drei Phasen: Vorbereitungsphase, Trainingsphase und Nachbetreuungsphase. Die wichtigsten Elemente sind in den folgenden Abschnitten verkürzt beschrieben.

Teilnehmerprofil, Indikation

Für das Wohntraining gelten Zugangskriterien, die sich an denen für die Aufnahme einer Maßnahme der stationären neurologischen Rehabilitation der Stufe D (Hummelsheim, 1998) orientieren. Dabei dürfen die Fähigkeiten im Bereich der ADL noch reduziert sein.

Wohntraining eignet sich für Menschen, die überwiegend aufgrund von Schädigungen im motorischen System beeinträchtigt sind. Ausschlusskriterien sind ausgeprägte Multimorbidität, schnell progrediente Krankheitsverläufe, hohes Maß an Hospitalisierung, schwere Suchtproblematik. Personen, bei denen prognostisch von einer kurz- bis mittelfristigen, deutlichen Rückbildung der vorhandenen Schädigungen auszugehen ist, sind ebenfalls ausgeschlossen.

Assessments, Rehabilitationsziele

Die Formulierung von Rehabilitationszielen orientiert sich an Fähigkeiten und Kompensationsmöglichkeiten, individuellen Bedürfnissen, sowie an Motivation und Zufriedenheit der Teilnehmer (Götze et al., 1998).

Eingesetzte Assessmentinstrumente sind:

- Functional Independence Measure
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM: Law et al.)
- Hausbesuchsprotokoll (nach Girsig, 1999)
- Sozialanamnese

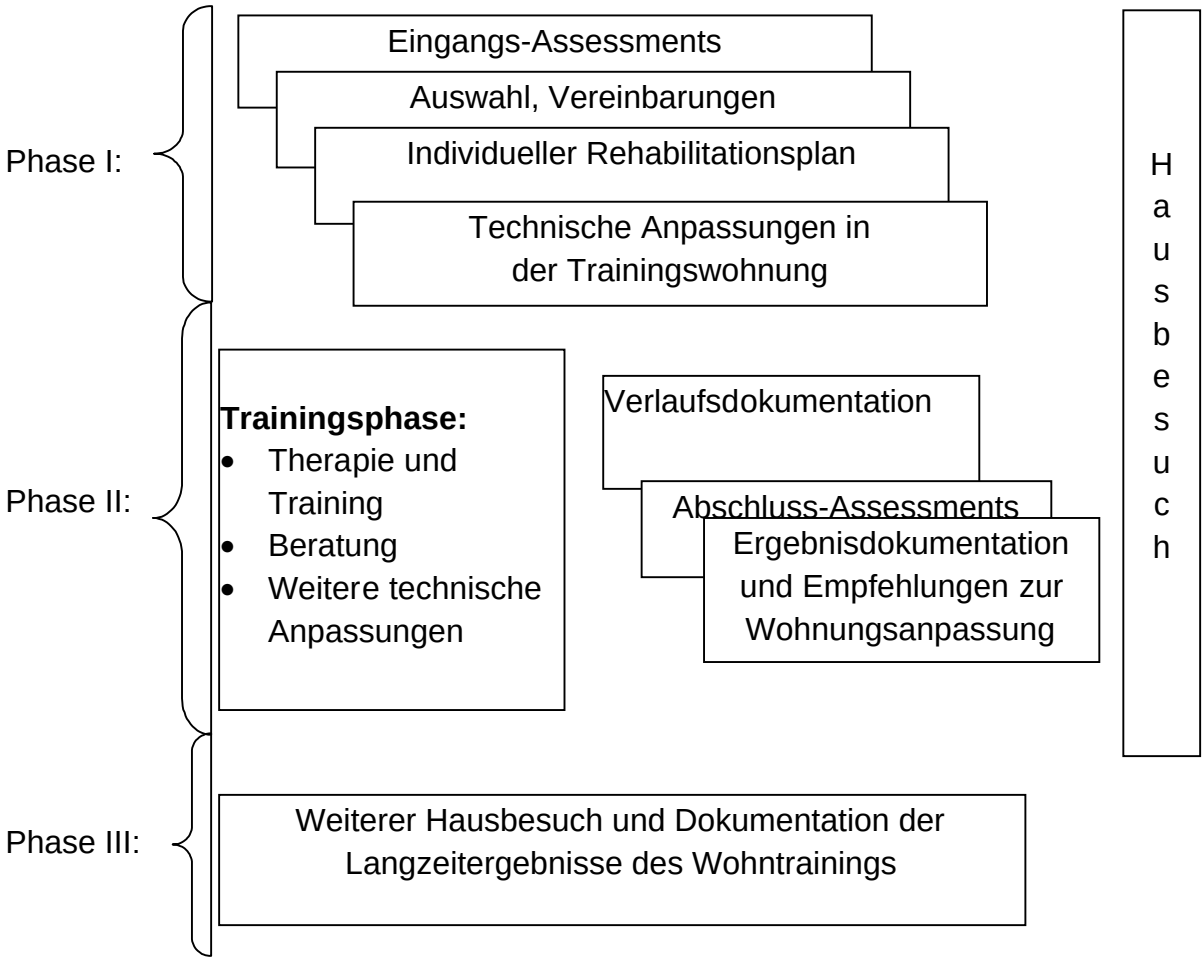
Rehabilitationsteam

Ein Ergotherapeut ist zuständig für das Training von ADL und IADL Aktivitäten und die Anpassung von technischen Hilfen, sowie für das Case Management, zu dem die Assessment Verfahren, der Rehabilitationsplan, Maßnahmendokumentation und Team Koordination gehören.

Ein Sozialarbeiter übernimmt die Beratung hinsichtlich sozialer und finanzieller Aspekte selbstbestimmten Lebens. Ein Techniker ist zuständig für technische Änderungen in der Trainingsumgebung und der zukünftigen Wohnung der Teilnehmer. Ein ambulanter Pflegedienst gewährleistet die noch benötigte häusliche Pflege. Eine medizinische Begleitung erfolgt durch den Hausarzt, der entscheidet, welche therapeutischen Verfahren indiziert sind.

Die Teilnehmer besetzen eine wichtige Rolle im Gesamtteam. Ausschlaggebend für den Rehabilitationserfolg sind Transparenz und Mitbestimmung bezüglich der gewählten Trainingsschwerpunkte und Rehabilitationsziele.

Abbildung 1: Überblick zum Wohntraining



Trainingsort

Wohntraining wird in der Versuchs- und Demonstrationswohnung des FTB durchgeführt. Die Wohnung ist komplett rollstuhlbefahrbar und mit verschiedenen technischen Hilfen aus-

gestattet. Ausstattung und Einrichtung können an individuelle Bedürfnisse der Trainingsteilnehmer angepasst werden.

Teilnehmer

Bisher wurde Wohntraining mit insgesamt sechs Personen (4w:2m) zwischen 23 und 50 Jahren (Median: 30) mit folgenden Schädigungsbildern durchgeführt:

- ICP (Tetraspastik [2x], Hemiplegie [1x])
- Muskelatrophie
- Dysmelie
- Inkomplette Tetraplegie nach HWS-Fraktur

Die Dauer der Einzelmaßnahmen betrug zwischen zwei und vier Wochen.

Ergebnisse

Als Zwischenergebnis kann festgestellt werden, dass in jedem Fall zusätzliche Hilfsmittelanpassungen notwendig waren. Die Werte von FIM und COPM stiegen (beim FIM mit Ausnahme einer Teilnehmerin). Wohntraining wurde von allen Teilnehmern als wichtige Erfahrung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewertet. Zum Abschluss konnte eine Beschreibung gebrauchsbewährter technischer Hilfen und der häuslichen Assistenz gegeben werden.

- Zwei Teilnehmerinnen bezogen nach langjähriger stationärer Unterbringung erstmals eine eigene Wohnung.
- Eine Teilnehmerin konnte ins Haus der Mutter zurückkehren.
- Ein Teilnehmer konnte in die eigene Wohnung zurückkehren.
- Eine Teilnehmerin meldete sich für ein Langzeittraining innerhalb einer Wohngruppe an.

Diskussion

Die Steigerung der FIM und COPM Werte sind als deutlicher Hinweis zu werten, dass Wohntraining gesetzte Rehabilitationsziele verfolgt und erreicht.

Obwohl die Ergebnisse jeder einzelnen Maßnahme für die Teilnehmer/innen als erfolgreich zu bewerten sind, sind weitere Maßnahmen und eine Dokumentation der Langzeitergebnisse notwendig, um zu prüfen, ob Wohntraining eine Absicherung von stationären Rehabilitationserfolgen auch langfristig bewirkt, damit den Systemübergang stationär-ambulant wirksam unterstützt und zur Reduzierung der Gesamtkosten beiträgt.

Schlussfolgerung und Perspektive

Wohntraining unterstützt betroffene Menschen effektiv bei der Vorbereitung und Organisation eines Lebens in der eigenen Wohnung. Die bislang gemachten Erfahrungen, demonstrieren die Möglichkeiten eines solchen Trainingsansatzes und lassen auf eine regelfinanzierte Fortsetzung des Projekts hoffen.

Literatur

BAR (Hrsg.) (1999): Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation, Frankfurt/ Main.

Girsig, E. (1999): Dokumentation eines Hausbesuchs, Ergotherapie & Rehabilitation, Heft 2, März.

Götze, R., Höfer, B. (1998): AOT bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen- ein interdisziplinärer Ansatz, Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation; M. Schmidt-Ohlemann (Hrsg.); Bd. 7, 599-601.

Hummelsheim, H. (1998): Neurologische Rehabilitation, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 299.

Law, M. u.a. (1998): Canadian Occupational Performance Measure, CAOT Publications ACE 1994, 2. Auflage, Lizensierte Deutsche Ausgabe, Übersetzung Dehnhardt B. u.a.

Werner, G.T., Gadomski, M., Palten, S. (1998): Verordnung und Nutzung aufwendiger, teurer Hilfsmittel bei Patienten mit erworbenen Schäden des Zentralnervensystems, Neurologische Rehabilitation, 4 (6), 305-308.

Medizinisches Rehabilitationsziel berufliche Reintegration - Ergebnisse einer Nachbefragung

Daniels, R., Ginzburg, E., Westarp, M.E.

Neuro-orthopädisches Rehazentrum, Bad Orb

Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation erstellt der Arzt eine sozialmedizinische Beurteilung. Für arbeitsunfähig entlassene Patienten bedeutet die Angabe einer halb- bis vollschichtigen Leistungsfähigkeit eine günstige Prognose hinsichtlich weiterer Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Im Abschlussbericht der Reha-Kommission Berufsförderung (VDR, 1997) finden sich als ungünstige Prognosefaktoren für Berufstätigkeit nach Berufsförderungsmaßnahmen ein Alter über 50 Jahre, Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Maßnahme, psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, Berufe aus den Bereichen Verwaltung, Handel und Verkehr. Männer und Frauen hatten gleiche Chancen der Arbeitswiederaufnahme. Um zu überprüfen, ob diese Einflussfaktoren auch bei unseren Patienten nach der medizinischen Rehabilitation mit günstiger Einschätzung der zu erwartenden Leistungsfähigkeit bedeutsam sind, haben wir eine schriftliche Nachbefragung durchgeführt und jetzt ausgewertet.

Alle BfA-Versicherten Patienten im Alter von 18 bis 58 Jahren, die von September 1996 bis März 1997 arbeitsunfähig, jedoch halb- bis vollschichtig leistungsfähig entlassen wurden, erhielten 3 bis 6 Monate nach ihrer Entlassung einen Fragebogen mit 10 einfachen Fragen nach subjektivem Krankheitsempfinden und beruflicher Reintegration. Mit telefonischer Nachbefragung betrug die Rücklaufquote 74 %, (entsprechend n = 115).

Die Ergebnisse der Fragebogenauswertung zeigten zum Krankheitsempfinden, dass sich nur 23 % gesund fühlten, 80 % benötigten noch ambulante Behandlung und 82 % fühlten sich im Alltag beeinträchtigt. Dennoch gelang 55 % die berufliche Reintegration, 40 % waren vollschichtig, 11 % halbschichtig und 4 % krankheitsbedingt in einem anderen Beruf tätig. 34 % gaben an aufgrund der Krankheitsfolgen und 9 % aufgrund anderer Erkrankungen gar nicht mehr berufstätig zu sein. Der Vergleich mit den wieder Berufstätigen zeigt für die krankheitsbedingt nicht mehr Berufstätigen ein höheres Alter (Durchschnittsalter 50 vs. 46 Jahre), längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (über 6 Monate) vor der Rehamaßnahme und Berufe mit körperlicher Arbeit (Fertigungsberufe). Kein bedeutender Unterschied zeigte sich bei der Auswertung nach Geschlecht (berufstätige Frauen 51 %, Männer 49 %), ein geringer bei der nach Diagnosegruppe (berufstätige neurologische Patienten 54 %, orthopädische Patienten 46 %), kein Unterschied bei der Dauer der stationären medizinischen Rehabilitation (Berufstätige und nicht Berufstätige 30 Tage).

Nimmt man zum Vergleich die oben genannten vom VDR veröffentlichten Ergebnisse der Berufsförderungsmaßnahmen, die im zeitlichen Ablauf der Rehakette nach der medizinischen Rehabilitation erfolgen, fällt die Übereinstimmung auf beim Alter, AU-Zeiten und Geschlecht. Es handelt sich um von der Reha-Maßnahme unabhängige Faktoren. Ob die be-

rufliche Wiedereingliederung gelingt, ist nicht nur von der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Patienten, sondern auch von sozialen und arbeitsmarktpolitischen Faktoren beeinflusst. So ist der Anteil der arbeitslosen beruflichen Rehabilitanden in den Jahren 1992 bis 1999 fast kontinuierlich gestiegen (Reimann, 1999).

Unsere abweichenden Ergebnisse bei der Diagnosegruppe und den Berufsrichtung lassen sich durch unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung und differierende Einteilung der Berufsgruppen erklären, eine Kategorie für Fertigungsberufe gab es in der VDR-Untersuchung nicht.

Zusätzlich sind krankheitsunabhängige Persönlichkeitsfaktoren auf dem heutigen Arbeitsmarkt, der durch schnelle technische Innovationen gekennzeichnet ist, von großer Bedeutung. Flexibilität, Sozialkompetenz, Fähigkeit und Bereitschaft zu selbstständigem Handeln, Eigeninitiative, Kreativität und Innovationsbereitschaft nennt die Rehakommission Berufsförderung als „Grundanforderungen der Arbeitnehmerqualifikation“ (VDR, 1997). Der Einfluss dieser Faktoren lässt sich durch einen einfachen Fragebogen nicht untersuchen, es ist jedoch denkbar, dass die Störung dieser Fähigkeiten bei psychiatrischen und neurologischen Krankheiten für deren schlechteren Rehaerfolg mitverantwortlich ist. Ein weiterer persönlicher Faktor ist das Rentenbegehren, unter den nicht mehr Berufstätigen trotz medizinisch günstiger Prognose befinden sich möglicherweise Patienten mit einem Rentenwunsch. Das subjektive Krankheitsempfinden (nur 23 % fühlten sich gesund) hindert offenbar nicht unbedingt an der Berufsarbeit (55 % waren wieder berufstätig).

Schließlich ist auch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den Arzt am Ende der medizinischen Rehabilitationsbehandlung infragezustellen. Er soll das Leistungsvermögen hinsichtlich der Anforderungen der bisher ausgeübten Tätigkeit und eines fiktiven Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschätzen. Das Patientenverhalten in der gesundheitsorientierten medizinischen Rehabilitation gibt für die berufliche Belastbarkeit des Patienten nur Hinweise. Eine in die medizinsichen Rehabilitation integrierte oder unmittelbar anschließende Arbeitsbelastungserprobung könnte die Beurteilung erleichtern, zwischen Bewilligung und Antritt von Berufsförderungsmaßnahmen vergehen jedoch durchschnittlich 207 Tage (VDR, 1997). In der ärztlichen Ausbildung werden Kenntnisse über die außermedizinische Arbeitswelt nicht vermittelt, die vom Arzt vermuteten Arbeitsmarktchancen des Patienten dürften das ärztliche Urteil über dessen Leistungsfähigkeit vorschriftswidrig beeinflussen.

Die Ergebnisse der Nachbefragung zeigen den Einfluss von medizinunabhängigen Faktoren auf das Rehaziel berufliche Wiedereingliederung. Zur Validität der ärztlichen sozialmedizinischen Beurteilung nach medizinischer Rehabilitation besteht weiterer Forschungsbedarf, ebenso zu Prognosefaktoren des Rehaerfolgs.

Literatur

Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (1997): Abschlussbericht - Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften, 7.

Reimann, A. (1999): Berufsfördernde Leistungen der BfA aus verwaltungsseitiger Sicht in: Rehabilitation, BfA Hrsg., 66-77.

Arbeitsfähigkeit bei zunehmendem Alter - Ergebnisse von Schulungen von Belegschaften in Unternehmen und Frührehabilitationsmaßnahmen im finnischen Arbeitsleben (TYKY-Programm)

Wikström, J.

Staatskassenamt - Rehabilitation Koordination, Helsinki, Finnland

Im Jahr 1994 wurde auf nationaler Ebene ein umfangreiches Schulungs- und Frührehabilitationsprogramm (TYKY) im finnischen Arbeitsleben mit der Zielsetzung entwickelt, die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Arbeiter in Belegschaften und deren Zusammenarbeit zu fördern. Die Entwicklung des Programms wurde durch das steigende Alter der Bevölkerung und der ständig wachsenden Anzahl von Frührentnern motiviert. Verantwortlich für die gesamte Koordination des TYKY-Programmes waren die Rentenversicherungsträger.

Innerhalb der staatlichen Organisationen wurde das TYKY-Programm durch das Staatskassenamt in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, dem Gesundheitswesen und dem Rehabilitationszentrum koordiniert. Das Programm hatte drei Hauptziele:

1. Förderung der Arbeitsfähigkeit durch Schulung der Belegschaften,
2. Frührehabilitation der Arbeiter bei drohendem Verlust der Arbeitsfähigkeit,
3. Berufliche Rehabilitation beim Verlust der Arbeitsfähigkeit.

Zu den ausgewählten Maßnahmen gehörten: Fortentwicklung von Arbeit und Arbeitsabläufen als auch Abbau der psycho-sozialen Belastungen in Belegschaften, Förderung von gesunden Lebensweisen sowie Frührehabilitation und berufliche Rehabilitation.

Integriert in das TYKY-Programm war die „Evaluationsstudie der Frührehabilitation in staatlichen Organisationen: Alles in Ordnung im Arbeitsleben?“ (Väänänen-Tomppo et al. 1999). In sechs unterschiedlichen Organisationen, die 1800 Arbeiter umfassten, wurden Frührehabilitationsmaßnahmen vorgenommen. Zu den gemessenen Parametern zählten Arbeitsfähigkeitsindex (Working Capacity Index), psychische Belastung (General-Health-Questionnaire), subjektives Befinden im Hinblick auf die künftige Arbeitsfähigkeit (Sense of Coherence) und psychosoziale Aspekte der Belegschaft (Healthy Organization).

Das Ineinandergreifen von Frührehabilitation und Maßnahmen in der Belegschaft erwies sich als erfolgreich. Als Ergebnis war eine signifikante Verbesserung aller gemessenen Parameter festzustellen. Zusätzlich wurden ökonomische Aspekte (cost-benefit) einbezogen (z.B. Rehabilitationskosten, Abwesenheit wegen Erkrankungen und Rentenalter). Auch hierbei ergaben sich positive Resultate.

Literatur

Antonowsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Ilmarinen, J. (1999): Ageing workers in the European Union. Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health. Ministry of Social Affairs and Health. Ministry of Labour, Helsinki.

Karasek, R., Theorell, T. (1990): Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

Kalimo, R., Vuori, J. (1990): Work and sense of coherence – Resources for competence and life satisfaction. Behavioral Medicine, Vol. 16, 2, 76-89.
Väänänen-Tomppo, I., Janatuinen, E., Törnqvist, R. (1999): Kaikki Hyvin Työssä? Tutkimus varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta valtionhallinnossa. Valtiokonttori. Helsinki

Modellprojekt zur Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Ergebnisdarstellung über eine 16-monatige Laufzeit

Deboben, A. (1), Konrad, G. (1), Plöger, J. (2), Wolko, P.M. (3)

(1) Rheumaklinik, Bad Rappenau, (2) BfW, Heidelberg, (3) LVA-Baden, Karlsruhe

Einleitung

Der folgende Arbeit beschreibt ein Modellprojekt zur Verbesserung der Situation von Patienten, deren Erwerbsfähigkeit trotz der Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiterhin erheblich gefährdet ist und die daher einer zusätzlichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme bedürfen:

In den letzten Jahren trat die Problematik einer erheblichen Verzögerung zwischen dem Abschluss eines medizinischen Rehabilitationsverfahrens und der Einleitung einer darüber hinaus notwendigen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme immer deutlicher zu Tage. In einer Studie wurde eine Wartezeit von 13,5 Monaten (Fraisse et al., 1997) genannt, ein Zeitraum, der letztlich ungenützt verstreicht und der dazu beiträgt bei den Patienten die Motivation zu weiterer beruflicher Tätigkeit zu senken und den „Krankheitszustand“ zu chronifizieren. Aus diesem Grunde wurde in der letzten Zeit in verschiedenen Modellen (Beutel et al., 1996; Schuler et al., 1996; Baumann, 1997; Olbrich et al., 1998) versucht, die Zeit zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehamaßnahme zu verkürzen.

Die Rheumaklinik Bad Rappenau hat zusammen mit dem Berufsförderungswerk Heidelberg und unter entscheidender Unterstützung durch die LVA-Baden ein Modellprojekt entwickelt, das die Voraussetzungen schaffen sollte, eine rasche Überleitung von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation zu gewährleisten. Die Organisationsstruktur dieses Projektes wurde bereits auf dem 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Norderney erstmals vorgestellt (Deboben et al., 1998). Im folgenden wird das Projekt zusammengefasst und dann die Ergebnisse der bisher 16-monatigen Laufzeit des Projektes dargestellt und diskutiert.

Projekt

Der entscheidende Punkt, der zu einer engmaschigen Vernetzung von medizinischer und beruflicher Reha beiträgt, ist die Vorverlegung der Genehmigung von zukünftigen beruflichen Rehamaßnahmen bereits in den Zeitraum der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Dies konnte dadurch erreicht werden, dass die LVA-Baden bereit war entscheidungsbefugte Mitarbeiter in das Beratungsgremium der Klinik zu entsenden, so dass hier unter Verwendung sämtlicher Unterlagen (medizinische Befunde, Arbeitsplatzbeschreibung, Einschätzung des Leistungsvermögens, Beratungsniederschrift des BfW) und unter Beteiligung der den Patienten betreuenden Ärzte, Rehaberater der LVA und Berufsberater des BfW

aber auch unter Einbeziehung des Rehabilitanden eine Entscheidung getroffen werden kann.

Unter Umständen kann dem Patienten sogar ein Termin für eine erste berufsfördernde Maßnahme (meistens Arbeitserprobung/Berufsfindungsmaßnahme) zugeteilt werden.

Wichtige Informationen für diese Entscheidungen werden dadurch gewonnen, dass die Teilnehmer am Modellprojekt im Berufsförderungswerk Heidelberg während einer 1-tägigen Hospitation eine erste Orientierungsphase durchlaufen und auch eine arbeitsmedizinische Stellungnahme erstellt wird. Diese Hospitation im BfW stellt ein wichtiges Charakteristikum des Projektes dar; hierdurch werden die Patienten auch erstmalig intensiver mit der Thematik der beruflichen Rehabilitation in Kontakt gebracht.

Organisatorischer Ablauf

In das Projekt werden unausgewählte Patienten aufgenommen, die von der LVA-Baden in die Rheumaklinik Bad Rappenau zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingewiesen wurden. Falls bei diesen Patienten durch die behandelnden Ärzte eine erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit angenommen wird, wird der Patient in das Modellprojekt aufgenommen. Hier werden zunächst von der LVA-Baden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft, vom Klinik-Sozial-Dienst/Psychologen soziale und arbeitsplatzrelevanten Daten zusammengestellt und eine psychologische Diagnostik (FPI, BIT, d2) durchgeführt, sowie von den Ärzten die medizinischen Unterlagen zusammengetragen. Unter Verwendung dieser Daten findet dann ein erstes Beratungsgespräch unter Mitwirkung aller Beteiligten statt. In diesem Beratungsgespräch macht sich das Gremium ein Bild von der medizinischen und beruflichen Situation des Patienten und bespricht mit ihm die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation. Von besonderer Bedeutung ist es, dass sich der Patient bei diesem Beratungsgespräch selbst mit seiner eigenen Einschätzung, seinen Vorstellungen, Ängsten und seinen Motivationen einbringen kann und dass es dem Gremium hierdurch sehr viel besser möglich ist, sich ein Bild von der Persönlichkeit des Rehabilitanden zu machen. Falls das Beratungs-Gremium zu der Meinung gekommen ist, dass eine weitere qualifizierte Maßnahme für den Patienten in Frage kommt, findet eine 1-tägige Hospitation im Berufsförderungswerk Heidelberg statt. Unter Verwendung der Ergebnisse der BfW-Hospitation wird dann in einem zweiten jetzt entscheidenden Beratungsgespräch in der Klinik gegebenenfalls von ärztlicher Seite eine weiterbestehende erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit attestiert und gemeinsam unter Federführung des Rehaberaters der LVA eine Entscheidung darüber getroffen, welche berufsfördernde Maßnahme anschließlich für notwendig erachtet wird und wann sie beginnen kann. Auch bei Patienten die nicht für eine Hospitation vorgesehen wurden, da für sie eine qualifizierte Maßnahme nicht in Frage kommt, können Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeleitet werden: in der Regel ergeht ein Vermittlungsbescheid. Die LVA-Baden trägt organisatorisch Sorge, dass diese Vorgänge besonders beschleunigt behandelt werden.

Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse des Modellprojekts im Zeitraum vom 01.07.1998 bis zum 01.11.1999 dargestellt:

Es wurden insgesamt 56 Versicherte der LVA-Baden in das Projekt aufgenommen (Durchschnittsalter 40,1 Jahre, im Bereich zwischen 22 und 55 Jahren), dies entspricht 7,4

% der in diesem Zeitraum in der Rheumaklinik Bad Rappenau behandelten Patienten, deren Kostenträger die LVA-Baden war.

Von diesen Patienten kamen 15 arbeitsfähig, 41 arbeitsunfähig; durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit 4,6 Monate in einem Bereich von 2 Wochen bis 13 Monate. 15 Personen waren arbeitslos.

Von den 56 Patienten wurden 34 einer Hospitation im BfW zugeführt. Bei 22 Personen wurde im Beratungsgremium entschieden, dass eine Hospitation nicht sinnvoll sei. Die beiden Gruppen unterschieden sich deutlich hinsichtlich Alter (36,9 Jahre BfW, 45,8 Nicht BfW) und in ihrem Arbeitsfähigkeitsstatus (28 von 34 AU in der BfW-Gruppe, 13 von 22 in der Nicht BfW-Gruppe). Die Arbeitslosenzahl in der BfW-Gruppe betrug 12 Personen, in der Nicht BfW-Gruppe 3 Personen.

Bei den Rehabilitanden die im BfW hospitiert hatten, wurden letztlich folgende berufsfördernde Maßnahmen entschieden: 24 Arbeitserprobungen/Berufsfindungsmaßnahmen, 3 sogenannte Rehaabklärungen, 4 Umsetzungsbescheide, 1 Rentenempfehlung und bei 2 Patienten konnten keine Maßnahmen entschieden werden, da sie von der medizinischen Prognose noch unsicher waren. Bei 25 dieser Maßnahmen konnte bereits ein konkreter Termin zur anschließenden Maßnahme vergeben werden. Der durchschnittliche Zeitrahmen zwischen Beendigung der medizinischen Rehamaßnahme und dem möglichen Beginn der ersten berufsfördernden Maßnahme betrug im Durchschnitt 36 Tage wobei die tatsächliche Wartezeit auf Grund von meistens vom Patienten verursachten Verzögerungen 53 Tage (Bereich 12 – 140 Tage) betrug.

Bei den 22 Rehabilitanden die nicht im BfW gewesen waren, ergingen 11 Vermittlungsbescheide, 1 schulische Weiterbildung und 1 Qualifizierungsmaßnahme wurden genehmigt, 2 Rehaabklärungen wurden empfohlen. 6 Patienten lehnten berufliche Leistungen ab und wollten weiter arbeiten, bei einem Patienten war die medizinische Prognose noch unsicher.

Auffallend war, dass relativ häufig eine genehmigte Maßnahme vom Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt nicht gewünscht oder insgesamt abgelehnt wurde. So haben 7 Patienten einen frühen Termin verschoben, die Maßnahme dann später aber doch angetreten. 8 Patienten haben eine Arbeitserprobung nicht angetreten und 2 Patienten eine bereits begonnene Maßnahme wieder abgebrochen.

Diskussion

Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen, dass durch eine enge Kooperation zwischen Klinik, Berufsförderungswerk und Rentenversicherer eine deutliche Verkürzung des Zeitraumes zwischen medizinischer Rehabilitationsmaßnahme und Einleitung einer ersten berufsfördernden Leistung erreicht werden kann. Die Wartezeit ist zum frühestmöglichen Beginn einer BfL beträgt 36 Tage, die Durchschnittszeit bis zum tatsächlichen Antritt der Maßnahme durch den Patienten jedoch 53 Tage. Hieraus und aus den relativ hohen Ablehnungsquoten (6 Ablehnungen von 25 bewilligten und terminierten Leistungen) zeigen, dass doch ein recht hoher Anteil von Patienten nicht auf eine so rasche berufliche Neuorientierung eingestellt ist und aus den unterschiedlichsten persönlichen (finanziellen, familiären) Gründen nicht die hierfür notwendige Flexibilität aufweist. Einige Patienten vermittelten geradezu einen überforderten Eindruck. Sofern der Patient aber in der Lage ist kurzfristig von der medizinischen Reha in die berufliche Maßnahme einzumünden, sind nahezu nahtlose Über-

gänge möglich. Die weitaus meisten Patienten zeigten sich von der Tatsache, dass im Modellprojekt ein kompetentes Gremium sich aktiv um ihre berufliche Zukunft kümmert und letztlich sogar definitive Entscheidungen trifft, ausgesprochen positiv beeindruckt. Gerade in der Situation des Beratungsgespräches konnte den Rehabilitanden vermittelt werden, dass sie mit ihrer beruflichen Problematik ernstgenommen und in den Entscheidungsprozess eingebunden werden; sie empfanden die Teilnahme am Modellprojekt als ausgesprochene Bereicherung ihres Rehabilitationsverfahrens.

Insgesamt hat das Modellprojekt gezeigt, dass sich durch die Vorverlegung der Entscheidung über berufsfördernde Leistungen und die frühe Einbindung eines Berufsförderungswerkes, die problematische Verzögerung zwischen den Einzelmaßnahmen deutlich verkürzen lässt. Das Verfahren findet eine ausreichende Akzeptanz bei dieser sicherlich recht schwierigen Patientengruppe und fördert die Motivation der Patienten sich mit einer beruflichen Neuorientierung auseinander zu setzen.

Literatur

Fraisse, E., Karoff, M. (1997): Rehabilitation 36, 233 – 237.

Beutel, M. et. al. (1996): Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation - Erfahrungen mit einem Modellprojekt, 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Evaluation in der Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 6, 217–218.

Schuler, G., Heilmeyer, P. (1996): Modell der integrierten Belastungserprobung Isny, 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Evaluation in der Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 6, 217–218.

Baumann, U. (1979): von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation Modellprojekt der LVA-Oberbayern und des Berufsförderungswerkes München. Abstract Band des 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums Norderney 1998, 80.

Olbrich et al. (1998): qualitätsgesicherte Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahme in der Psychosomatik - Belastungserprobung als Kooperationsprojekt zwischen psychosomatischer Rehabilitationsklinik und Berufsförderungswerk. Abstract Band des 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums Norderney, 83.

Deboben, A. et al., (1998): Modellprojekt zur Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Landesversicherungsanstalt Baden, dem Berufsförderungswerk Heidelberg und der Rheumaklinik Bad Rappenau. Abstract Band des 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums Norderney, 81.

Berufliche Belastungserprobung (BE) in der psychosomatischen Rehabilitation – methodische Überlegungen zur Umsetzung der Randomisierung an Hand erster Ergebnisse

Zwerenz, R. (1), Beutel, M. (2), Kayser, E. (1)

(1) Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt/Saale, (2) Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität, Gießen

Innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation spielen spezifische Behandlungsansätze zur Bewältigung beruflicher Belastungen eine zunehmend wichtige Rolle (Beutel et al., 1999). In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale wird seit mehreren Jahren die Berufliche Belastungserprobung (BE) als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein mit der tiefenpsychologisch orientierten Therapie verzahntes berufliches Praktikum, das zum Ziel hat, Arbeitsprobleme unter realen Anforderungen – mit der Möglichkeit der therapeutischen Aufarbeitung – zu bearbeiten sowie die Leistungsfähigkeit der häufig bereits lange Zeit arbeitsunfähigen Patienten zu überprüfen. Indikationen für die BE sind v.a. längere Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Arbeitslosigkeit sowie Arbeits- bzw. Leistungsstörungen mit psychosomatischem Beschwerdebild. Mit einer prospektiven, randomisierten Interventionsstudie[3] soll die Effektivität und Effizienz der integrierten Beruflichen Belastungserprobung evaluiert werden. Dabei soll auch die methodische Umsetzung der Randomisierung diskutiert werden. So ist die Randomisierung zum einen zur Annäherung an experimentelle Standards notwendig (Koch et al., 1998), andererseits ist möglicherweise eine Einschränkung der Interpretation und der Generalisierbarkeit durch eine Verzerrung der Stichprobe zu erwarten.

Methodik

Nach dem Intention-to-treat-Prinzip werden von allen Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllen neben den spezifischen Messverfahren zu beruflichen Belastungen und Einstellungen entsprechende Basisdaten (Screeningdaten zur beruflichen Situation, Basisdokumentation Patienten u. Therapeuten) erhoben. Ein erster Vergleich solcher Basisdaten findet zwischen den Studienteilnehmern insgesamt und solchen Patienten, die während des gleichen Zeitraumes behandelt wurden, aber die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten, statt. Anschließend werden die beiden Untersuchungsgruppen (Interventions- vs. Kontrollgruppe) gegenübergestellt, sowie innerhalb der Interventionsgruppe die BE-Teilnehmer mit den Verweigerern verglichen.

Ergebnisse

Bis zum 30. September 1999 wurden insgesamt 68 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 38 Jahren in die Studie aufgenommen und randomisiert den beiden Versuchsgruppen zugewiesen.

[3] gefördert durch den VDR und das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationsforschung Bayern“

Gemäß den Auswahlkriterien hat sich gezeigt, dass die Studienteilnehmer verglichen mit den restlichen Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten, im Jahr vor der Behandlung deutlich länger krankgeschrieben waren (23 Wochen vs. 14 Wochen; t[205] = -3,50; p < 0,001). Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren sie ebenfalls häufiger krankgeschrieben als die restlichen Patienten (59 % vs. 23 %; χ^2[1] = 21,21; p < 0,001). Außerdem waren sie häufiger arbeitslos, als die Vergleichspatienten (48 % vs. 14 %; χ^2[6] = 37,20; p < 0,001), berichteten von signifikant höheren beruflichen Einbußen (2,46 vs. 2,05; t[263] = -3,75; p < 0,001), und waren beruflich deutlich unzufriedener (t[270] = -5,27; p < 0,001). Weiterhin stuften die Vpn der Studienstichprobe ihre Lebenszufriedenheit (IRES) deutlich niedriger ein als die restlichen Patienten (t[285] = 3,144; p < 0,01). Dies spricht dafür, dass gemäß den Einschlusskriterien die gewünschten Probanden in die Studie aufgenommen wurden.

Von den insgesamt 68 Studienteilnehmern wurden über eine 2:1-Randomisierung 49 (72 %) Patienten der Interventionsgruppe und 19 (28 %) Patienten der Kontrollgruppe zugeteilt. Zwischen den Teilnehmern der Interventions- und der Kontrollgruppe konnten bzgl. der Basisdaten (Alter, Geschlecht, AU-Zeiten, Lebenszufriedenheit, berufliche Zufriedenheit, berufliche Einbußen) keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Dies spricht für ein Funktionieren der Randomisierung.

Von den 49 Patienten der Interventionsgruppe lehnte wie zu erwarten ein erheblicher Teil das betriebliche Praktikum ab. Erste Ergebnisse haben gezeigt, dass die BE-Teilnehmer mit ihrer Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung signifikant unzufriedener waren als diejenigen, die ein Praktikum ablehnten (6,05 vs. 4,92; t[42] = -2,236; p < 0,05). Desweiteren lehnten Frauen deutlich häufiger ein ihnen angebotenes Praktikum ab als Männer (67 % vs. 33 %; χ^2[1] = 4,47; p < 0,05). Erwartungsgemäß waren die BE-Teilnehmer i.d.R. länger in der Klinik als die Vergleichsgruppe (51 vs. 37 Tage; t[46] = -3,32; p < 0,005).

Schlussfolgerungen

Bis zum Jahresende 1999 ist damit zu rechnen, dass ca. 90 Patienten randomisiert werden können. Für diese größere Stichprobe soll im Detail untersucht werden, ob das Prinzip der Randomisierung die methodischen Ansprüche erfüllt oder ob es, bedingt durch einen erheblichen Anteil von Patienten, die die Intervention verweigern, nicht zu einer Verzerrung der Stichprobe kommt. Auch bleibt zu diskutieren, wie eine strikte Anwendung des Randomisierungsprinzips mit dem klinischen Alltag zu vereinbaren ist.

Literatur

Beutel, M., Dommer, T., Kayser, E., Bleichner, F., Vorndran, A., Schlüter, K. (1999): Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker. Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 9/10, 368-374.

Koch, U., Schliehe, F., Aufderheide, E. (1998): Stand und Entwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. In: Die Rehabilitation, 37(Supplement 2), 66-70.

„Berufliche Orientierung und praktische Erprobung" - Vorfeldmaßnahmen zur beruflichen Rehabilitation während stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung

Budde, H.G. (1), Heinzen-Lasserre, H. (2), Kallinke, D. (2), Keck, M. (1)

(1) Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Rheinland-Pfalz, Bad Münster am Stein-Ebernburg, (2) Berufsförderungswerk Heidelberg, Heidelberg-Wieblingen

Hintergrund

Während der Phase II der kardiologischen Rehabilitation, der Anschlussheilbehandlung (AHB), wird häufig Handlungsbedarf hinsichtlich der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen deutlich. Trotz der Relevanz der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegen oft während der kardiologischen AHB Defizite bezüglich der Bereitstellung von Wiedereingliederungshilfen, die auf die konkrete Arbeitssituation abgestimmt sind, vor (Badura et al., 1995). So wird bei Rehabilitanden, deren berufliche Reintegration qualifizierender berufsfördernder Maßnahmen bedarf, der Wiedereingliederungsprozess häufig durch lange Leerlaufzeiten zwischen den Maßnahmen beeinträchtigt (Reha-Kommission-Berufsförderung, 1997).

Zur Verkürzung der Übergänge zwischen „medizinischer“ und „beruflicher Rehabilitation“ bietet sich die Integration von „Vorfeldmaßnahmen“ zur Berufsförderung wie „Berufsfindung / Arbeitserprobung“, „Belastungserprobung“, „psychologische Eignungsuntersuchungen“ , „Beratung-Diagnostik-Erprobung“ u.ä. (Reha-Kommission-Berufsförderung, 1997) in die Phase II der kardiologischen Rehabilitation an.

In Kooperation zwischen der Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten Bad Münster am Stein – Ebernburg und dem Berufsförderungswerk (BFW) Heidelberg sind seit Anfang 1996 derartige Vorfeldmaßnahmen entwickelt und speziell auf die Situation von Rehabilitanden in stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung zugeschnitten worden.

Diese Maßnahmen und erste Erfahrungen mit deren praktischer Durchführung sollen im folgenden dargestellt werden.

Rehabilitandenauswahl

Die Zielgruppe der Maßnahme machen weibliche und männliche Rehabilitanden unterhalb des 50. Lebensjahrs aus, die eine kardiologische AHB in der Klinik absolvieren. Bereits am Aufnahmetag wird jede bzw. jeder dieser Gruppe in Verbindung mit der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung auf einer fünfstufigen Skala um die Einschätzung erwarteter Probleme bei der poststationären Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit gebeten. Vom aufnehmenden Arzt wird nach dieser Untersuchung analog eine Einschätzung abgegeben. Weitere Selektions-Kriterien stellen Depressivität und Angst dar, die standardisiert mittels HADS-D am AHB-Beginn erfasst werden, da Angst und / oder Depressivität nach Manifestation einer organischen Herzerkrankung der Literatur zufolge Prädiktoren von Problemen bei der beruflichen Reintegration darstellen.

Motivationsabklärung und psychologische Leistungsdiagnostik

Bei den Rehabilitanden mit erwarteten beruflichen Reintegrationsproblemen nach Eigen- oder Arzteinschätzung oder / und auffälliger Angst oder / und Depressivität wird im Rahmen einer psychologischen Exploration die Motivation zur beruflichen Zusatzqualifizierung bzw. Neuorientierung erhoben.

Bei positiver Motivation und nach Ausschluss gravierender somatischer Probleme erfolgt in der Klinik zumeist in einer Kleingruppe unter psychologischer Leitung eine leistungspsychologische Diagnostik mittels standardisierter Instrumente (IST; MWT-B; d2). Die Ergebnisse werden mit den einzelnen unter vier Augen besprochen.

Nach Einverständniserklärung seitens der Rehabilitanden werden diese Daten verschlüsselt dem BFW übermittelt.

Maßnahmen im BFW

Die Rehabilitanden reisen mit öffentlichen Verkehrsmitteln von der Klinik zum BFW. Hier werden sie von einem Team aus Arzt, Diplom-Psychologen und Sozialarbeiterin mit gewachsenen Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation, der Psychotherapie und vor allem der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung chronisch Kranker, betreut.

Die Maßnahmen dauern 6,5 Stunden und umfassen die Erhebung der rehabilitationsrelevanten individuellen Ausgangssituation (Status der Krankheitsbewältigung, Analyse der Berufsbiographie unter kompetenzdiagnostischem Blickwinkel, Analyse der psychosozialen Situation), die Selbsteinschätzung der Motivation und Fähigkeiten zur beruflichen Neuorientierung bzw. Qualifizierung, Kurzhospitationen in Ausbildungsfelder samt Kontakten mit Ausbildungsleitern und –teilnehmern sowie die Formulierung von Konsequenzen und die Erstellung eines verhaltensnah aufgebauten Ablaufplans der nächsten vom Rehabilitanden selbst zu unternehmenden Schritte hin zur beruflichen Reintegration. Danach erfolgt die Rückreise zur Klinik. Hier findet am folgenden Tag ein psychologisches Gespräch zur Nachbereitung statt.

Bei speziellem Interesse an einem bestimmten Qualifizierungssegment besteht die Möglichkeit zu einer Hospitation, die nur auf den gewünschten Bereich eingegrenzt wird.

Seitens des BFW wird unmittelbar im Anschluss daran ein Bericht mit Empfehlungen zum weiteren Procedere verfasst und der Klinik zugeleitet.

Ergebnisse

Die Effektivität der beschriebenen Maßnahmen wird im Rahmen einer prospektiven Kontrollgruppenstudie innerhalb des Südwestdeutschen Reha-Forschungsverbunds Freiburg / Bad Säckingen untersucht.

In einer ersten Phase konnte die grundsätzliche Machbarkeit dieser Form der Kooperation zwischen kardiologischer AHB-Klinik und BFW belegt werden. Die Motivation zur Partizipation seitens der Patienten ist dabei sehr hoch.

Ersten Katamnesen verweisen auf positive berufliche Reintegrationserfolge bei Rehabilitanden mit während der AHB absehbaren erheblichen Problemen bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Diskussion

Mit der nötigen Vorsicht ist aufgrund der bislang gesammelten Erfahrungen zu vermuten, dass mittels der beschriebenen Maßnahmen eine Verkürzung der Leerlaufzeiten innerhalb des Rehabilitationsprozesses erzielt und eine Verbesserung der beruflichen Reintegration erreicht werden kann. Obwohl eine eingehendere Analyse noch nicht erfolgen kann, deutet sich an, dass mittels der Maßnahmen eine realitätsadäquate Steigerung der Selbstwirksamkeit i. S. Banduras (1986) bewirkt wird, die die Grundlage für gezielte Eigenaktivitäten des Rehabilitanden in Richtung auf berufliche Wiedereingliederung ausmacht.

Literatur

Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, Th. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Weinheim / München: Juventa.

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Budde, H.G., Keck, M. (1999): Vorfeldmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung in der stationären kardiologischen Anschlussheilbehandlung. Herz / Kreislauf 31, 351-355.

Reha-Kommission-Berufsförderung (1997): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften 7.

Verzahnung medizinischer und berufsfördernder Maßnahmen bei orthopädischen Erkrankungen (Berufsorientierte medizinische Rehabilitation für Rückenschmerzpatienten)

Scholz, J., *Niemann,* O., *Daalmann*, H.H.

Orthopädische Klinik Rehazentrum, Bad Eilsen

Zusammenfassung

In der Rehabilitation orthopädischer Patienten und ihrer beruflichen Reintegration finden sich häufig vielschichtige Probleme, die sich gegenseitig beeinflussen und zum Teil zu immensen Verzögerungen führen.

Durch die bislang relativ strikte Trennung medizinischer und beruflicher Rehabilitation setzt häufig die notwendige weitergehende Betreuung / Beratung am Wohnort / Arbeitsplatz zu spät ein. Die Einleitung / Umsetzung von zweckmäßigen und sachgerechten beruflichen Leistungen verzögert sich, weil u.a. zu viele Verwaltungsebenen eingebunden sind und die Weitergabe der erforderlichen Informationen nicht unerheblich Zeit in Anspruch nimmt. Es ist bekannt, dass psychosoziale Faktoren den Verlauf und die Ausprägung von z.B. Dorsalgien mehr beeinflussen, als viele Ärzte realisieren. Um eine leistungsfähige Rehabilitation zu verwirklichen gilt es, diese Aspekte mit zu berücksichtigen.

Es soll ein neues Konzept zur besseren Verzahnung beruflicher und medizinischer Rehabilitation vorgestellt werden. Im Rahmen eines Projektes des Rehazentrums Bad Eilsen, des Berufsförderungswerkes Bad Pyrmont und dem Fachberatungsdienst der Leistungsabteilung der LVA Hannover nehmen ausgewählte Patienten begleitend zur medizinischen Rehabilitation an einer einwöchigen Berufsorientierungsmaßnahme teil.

Die Ergebnisse einer kontrollierten retrospektiven Studie (n = ca. 50) werden vorgestellt.

Hierbei zeigte sich, dass in den ausgewerteten Fällen ein signifikanter Laufzeitgewinn bis zum Beginn einer Berufsförderungsmaßnahme bzw. einer beruflichen Wiedereingliederung erreicht werden konnte.

Literatur

Balzer, A.W.A., Schulitz, K.P. (1997): Einfluss des sozialen Status auf die berufliche Reintegration nach lumbalen Diskotomien. Orthopädie 5, Band 135, 381-385.

Kelsey, J.L. (1975): An epidemiological study of the relationship between occupations and herniated lumbar intervertebral disks. Int. J. Epidemiology 4, 197-205.

Bigos et al (1991): Spine 16 A prospektive study of work perceptions and psychsocial factors affecting the report of back injury, 1-6.

Hazard, R., Bendix, A., Fenwick, J.W. (1991): Disability exaggeration as a predictor of functional outcomes for patient with chronic low back pain. Spine 16, 1062-1067.

Scale, D., Zichner, L. (1994): Spontanverlauf beim lumbalen Bandscheibenvorfall. Orthopäde 23, 235- 242.

Erwerbsstatus nach medizinischer Rehabilitation während Zeiten hoher Arbeitslosigkeit (5-Jahres-Katamnese 1992-1997)

Jetter, H., Kirste, H.J., Hegner, M., Fischer, H.

LVA Sachsen, Leipzig

Die Entwicklung des Erwerbsstatus und die Rückkehr zur Arbeit nach medizinischer Rehabilitation wird nur in geringem Maße vom erzielten Leistungszuwachs und der Funktionsverbesserung beeinflusst, sondern vordergründig von sozialen Einflussgrößen, insbesondere von den Verhältnissen des Arbeitsmarktes.

Ziel unserer Untersuchung war es, anhand einer Verlaufsbeobachtung die Entwicklung des Erwerbsstatus einer Rehabilitandengruppe unter den besonderen Bedingungen eines neuen Bundeslandes in den ersten Jahren nach der Vereinigung aufzuzeigen.

Als Stichprobe dienten 1549 Versicherte (890 Männer, 659 Frauen) der LVA Sachsen, die im 3. Quartal 1992 eine Reha-Maßnahme absolvierten. Ausgewertet wurden die Daten des Versicherungskontos über einen 5-Jahreszeitraum bis 1997.

Zu Reha-Beginn waren 66 % der Rehabilitanden als erwerbstätig und 20,1 % als arbeitslos eingestuft. Der Anteil Arbeitsloser lag deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote und über dem Anteil arbeitsloser Rehabilitanden in der ArV-West (4,8 %).

Die restlichen 13,9 % Rehabilitanden waren als „nicht erwerbstätig“ (Hausfrauen, Vorruheständler, Sozialhilfeempfänger) zu bezeichnen (ArV-W. 9,8 %).

Die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe unterschied sich also bereits zu Rehabeginn deutlich von westdeutschen Verhältnissen.

Im nachfolgenden fünfjährigen Beobachtungszeitraum sind 51 dieser Versicherten verstorben. Von den im Jahr 1997 noch lebenden 1498 Rehabilitanden waren dann nur noch 23,3 % vollbeschäftigt. 11,8 % der Versicherten waren arbeitslos und 65 % waren endgültig aus dem Arbeitsleben ausgeschieden. In dieser Gruppe erhielten 360 Versicherte (24,1 %) eine EU-Rente, 9,0 % der Versicherten erhielten Renten wegen Arbeitslosigkeit, 7,7 % Altersrente für Frauen und 5,7 % reguläre Altersrente. Die restlichen 19,5 % der Versicherten waren jetzt als „nicht erwerbstätig“ einzuordnen.

Von 988 im Jahr 1992 erwerbstätigen Rehabilitanden waren 1997 noch 305 (30,9 %) erwerbstätig. Alle anderen waren entweder arbeitslos (12,4 %), bezogen eine EU-Rente (24,8 %), eine Rente wegen Arbeitslosigkeit (7,2 %), eine Rente für Frauen oder wegen Alters (8,6 %) bzw. waren „nicht erwerbstätig“ (16,1 %).

Bei der Gruppe der 1992 „nicht erwerbstätigen“ Versicherten waren 81,5 % über 55 Jahre alt. Von dieser Gruppe bezogen fünf Jahre später 75,9 % eine Rente, wobei die EU-Renten nur einen geringen Anteil hatten (9,3 %).

Von den anfangs 294 Arbeitslosen hatten im Jahre 1997 nur 13,3 % wieder einen Arbeitsplatz, 16,7 % waren weiterhin arbeitslos und 40,1 % berentet. Der Prozentsatz an EU-Renten (30,3 %) war bei der Gruppe der Arbeitslosen nach 5 Jahren deutlich höher als bei der Gruppe der ehemals Erwerbstätigen (24,8 %).

Zusammenfassend zeigt die Studie, dass in Sachsen fünf Jahre nach im Jahr 1992 durchgeführter Rehabilitation der größte Teil (65 %) der Rehabilitanden aufgrund der Arbeitsmarktverhältnisse dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Für den ausgesprochen hohen Prozentsatz an EU-Renten, besonders bei den Arbeitslosen, dürfte eine entscheidende Rolle deren passiv resignative Einstellung während des Rehabilitationsprozesses spielen.

Literatur

Kirste, H.J., Rust, V., Lutz, H., Fischer, H. (1998): Rehabilitation im Rentenverfahren. In: DRV-Schriften Band 11, 256.

Rehfisch, H.P. (1992): Psychologische Therapie bei chronischen rheumatischen Erkrankungen. In: Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation. Stuttgart, Gustav, Fischer, 78-91.

VDR Statistik Rehabilitation (1992).

Prognose des Erfolges beruflicher Rehabilitation bei psychisch Behinderten. Erfahrungen des Beruflichen Trainingszentrums Rhein-Neckar in Wiesloch

Meier, A., Bartels, S.

BTZ Rhein-Neckar, Wiesloch

BTZ–Konzept

Seit zwanzig Jahren gibt es in Deutschland Berufliche Trainingszentren als Spezialeinrichtungen zur Wiedereingliederung psychisch behinderter Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Meier et al., 1994). Das Ziel ist im Regelfall die Wiederaufnahme einer erlernten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anschließende Umschulung/Ausbildung. Die Trainings werden durchgeführt von multiprofessionellen Teams, bestehend aus Berufspädagogen, Arbeitstherapeuten und psychosozialen Mitarbeitern.

Im Zentrum des von den Anforderungen her gestuften Trainings steht meist der Wechsel von der eher defizitgeprägten Rolle eines Psychiatriepatienten hin zur kompetenzorientierten Rolle eines Arbeitnehmers (Haerlin, 1997). Hierzu dient einerseits ein Maximum an realistischer Arbeit und an externen Praktika. Andererseits ist ebenfalls BTZ-typisch die ausgewogene Balance zwischen praktischer Arbeit und Reflexion in Einzel- und Gruppengesprächen. Jeder Teilnehmer hat wöchentliche Einzelgespräche. Daneben werden unterschiedliche Gruppen angeboten. Kriseninterventionen und die Zusammenarbeit mit der Familie gehören zum Standard der BTZ.

Charakteristika der BTZ-Teilnehmer

Es gibt typische Merkmale der Teilnehmer hinsichtlich der Diagnosen: ca. zwei Drittel der Trainingsteilnehmer gehören zur Gruppe der Psychotiker (davon der größte Anteil: paranoid halluzinatorische Psychosen), die restlichen haben neurotische oder psychosomatische Erkrankungen oder es bestehen Persönlichkeitsstörungen. Ein durchschnittlicher Teilnehmer ist dreimal stationär psychiatrisch behandelt worden, ehe es zur Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen kam. Der Beginn der Ersterkrankung liegt zwischen 2 und 15 Jahren zurück. Viele haben einmal oder mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen.

Die meisten verfügen über relativ gute schulische und viele sogar über berufliche Abschlüsse. Was ihnen gewöhnlich nicht gelingt, ist die erfolgreiche Umsetzung in eine berufliche Praxis.

Katamnesedaten

Zwölf Monate nach Beendigung des Trainings haben im BTZ Rhein-Neckar gut 50 % der Teilnehmer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. Vorbereitungen auf eine Ausbildung oder eine Umschulung verlaufen in über 80 % erfolgreich. Auffällig ist eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation (gemessen an neuerlich notwendigen Klinikbehandlungen), sie kehrt sich im Vergleich zur Zeit vor dem beruflichen Training geradezu um (vgl. auch Arbeitsgruppe „Evaluation und Dokumentation“ in der AGBTZ 1998).

Systemische Kontextanalyse

Psychiatrische Diagnostik sagt wenig über Erfolg oder Mißerfolg beruflicher Rehabilitation von Menschen mit psychischen Behinderungen aus. Ihre prognostische Validität ist also gering.

Wenn man psychische Störungen als Beziehungsstörungen sieht, dann sollte rehabilitative Diagnostik systemische Diagnostik sein (Retzer, 1994). Systemische Diagnostik bezieht sich auf alle Personen, mit denen die Rehabilitanden in engem Kontakt und Austausch stehen, den Kontext eines Menschen mit seinen oft widersprüchlichen Erwartungen. In der Regel bezieht sich die Kontextanalyse auf die Herkunfts- oder die eigene Familie und den Kreis von Helfern psychiatrischer Kliniken und Dienste.

Die Betroffenen müssen die angestrebten Rehaziele mit ihrem sozialen Umfeld, also primär mit ihrer Familie in Einklang bringen. Hieraus resultieren regelmäßig die starken Ambivalenzen bei dieser Population. Nicht nur im beruflichen Bereich, ebenso im familiären und sozialen Kontext findet man Situationen, wo es „so nicht mehr weitergehen kann“ (Weber, 1985)

Prognosefaktoren

Wichtigster sozialer Prognosefaktor für das Gelingen beruflicher Rehabilitation ist das Ausmaß sozialer Integration. Positiv ist eine Familiensituation, die Ablösung und Selbständigkeit erlaubt und außerfamiliäre Kontakte unterstützt. Starke Bindungen und intensive Konflikte verhindern die Umsetzung vorhandener Ressourcen. Wohnerfahrungen außerhalb des familiären Umfeldes und das Vorhandensein einer Partnerschaft haben ebenso große Relevanz wie gute soziale Kompetenzen wie Freundlichkeit, Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft (negativ dagegen: Aggressivität, Reizbarkeit, Antriebsstörungen). Ganz wichtig ist die Ver-

tragsfähigkeit, das Einhalten von Vereinbarungen. Grundsätzlich sollte Taten ein höherer Stellenwert zugemessen werden als Worten und Absichtserklärungen, da oft eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung vorliegt.

Die wichtigsten berufsspezifischen Prognosefaktoren sind:

Motivation, Interesse und der Wille auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden (nicht nur in einer Rehaeinrichtung ein Training zu machen). Hoch bedeutsam ist die berufliche Vorgeschichte (Arbeitsanamnese) vor Krankheitsbeginn und anschließend. Eine lange Arbeitsunterbrechung vor Behandlungsbeginn ist prognostisch ungünstig. Eine absolvierte qualifizierte Berufsausbildung ist günstig. Ohne Motivation zur Veränderung des Lebenskonzeptes („Rehaeinsicht“) kommt es nicht zur Festlegung und Verfolgung von Zielen.

Der relevanteste Prognosefaktor ist ein erfolgreich beendetes berufliches Training.

Literatur

Arbeitsgruppe „Evaluation und Dokumentation“ in der AGBTZ (1998): Ergebnisse der Nachbefragung von Absolventen aus sieben Beruflichen Trainingszentren Jahrgang 1996. Hamburg.

Haerlin, Ch. (1997): Die Arbeitnehmerrolle bei psychisch Behinderten. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsförderung psychisch Behinderter: Konzepte für Qualifizierungsmaßnahmen. Bielefeld.

Meier, A., Geggus, M. (1994): Berufsfindung und Arbeitserprobung für psychisch Behinderte. Forschungsbericht im Auftrag des BMA. Bonn.

Retzer, A. (1994): Familie und Psychose. Stuttgart.

Weber, G. (1985): Familientherapie in der beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. In: EG-Bericht: Neue Wege aus der Psychiatrie in die Arbeitswelt: Grundlagen-Erfahrungen-Ergebnisse-Empfehlungen: Das Berufliche Trainingszentrum Rhein-Neckar (BTZ) als Modell einer spezifischen Einrichtung für psychisch Behinderte, Heidelberg.

Anwendung individueller Fähigkeits- und Anforderungsprofile zur beruflichen Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten

Wittmann, B., Steidle, S., Loevenich, A.

Neurologische Fachklinik, Hilchenbach

Einleitung

Von der stationären Rehabilitation zur beruflichen Wiedereingliederung

Die berufliche Wiedereingliederung von Patienten mit erworbener Hirnschädigung stellt eine rehabilitationswissenschaftliche und sozialpolitische Problematik dar, für die bisher keine befriedigenden Lösungen präsentiert werden konnten. Als Gründe für die unzureichende Integration hirngeschädigter Patienten in das Berufsleben benennen Gauggel et al. (1998) die negativen Wirkungen von kognitiven Defiziten und Verhaltensproblemen

– auf die Arbeitsfähigkeit (z.B. hoher Zeitbedarf, extreme Schwankungen in der Handlungsausführung),

- auf das Arbeitsverhalten (z.B. Rigidität im Denken, mangelnde Flexibilität)
- sowie auf den Umgang mit den vorhandenen Störungen (z.B. hohe Leistungserwartungen, unrealistische berufliche Ziele).

Wie Gauggel et al. (1998) in einer Übersicht über Langzeitstudien mit Schädelhirntraumatikern feststellen, betragen die Angaben über schulisch oder beruflich nicht integrierte Patienten 20 % bis 80 %; diese Schwankungen werden durch unterschiedliche Stichproben begründet. Wie zahlreiche wissenschaftlich Studien belegen, ist die Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten in den beruflichen Alltag nicht nur begrenzt möglich, sondern häufig auch nur von kurzfristiger Dauer; so stellten Brooks et al. (1987) in einer Untersuchung zur beruflichen Integration von 98 Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma fest, dass von zunächst 86 % Berufstätigen nach sieben Jahren lediglich 29 % weiterhin berufstätig waren. Zur Begründung mangelnder Erfolge der längerfristigen Wiedereingliederung in das Berufsleben werden verschiedene Faktoren wie Schweregrad der Schädigung oder Hospitalisierungsdauer diskutiert; dennoch ist belegbar, dass auch Patienten mit schweren Schädigungen wieder berufstätig sein konnten.

Zur Verbesserung dieser unzureichenden beruflichen Rehabilitation von Patienten mit erworbener Hirnschädigung wurde in den letzten Jahren vermehrt die Vernetzung von medizinischer und beruflicher sowie stationärer und ambulanter Rehabilitation angeregt. Während Patienten im Verlauf einer stationären Maßnahme mit hoher Therapiedichte versorgt werden, sind sie nach der Entlassung häufig mit der selbständigen Bewältigung alltäglicher Aufgaben – einschließlich Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit – überfordert. In der Regel entsteht aufgrund fehlender Schnittstellen im Rehabilitationssystem eine „Versorgungslücke“, weil die ständige therapeutische Unterstützung nach Abschluss einer stationären Maßnahme abrupt beendet wird, aber der Patient nicht in der Lage ist, ohne weitere Hilfe unter den „Realbedingungen“ des Arbeitslebens bestehen zu können.

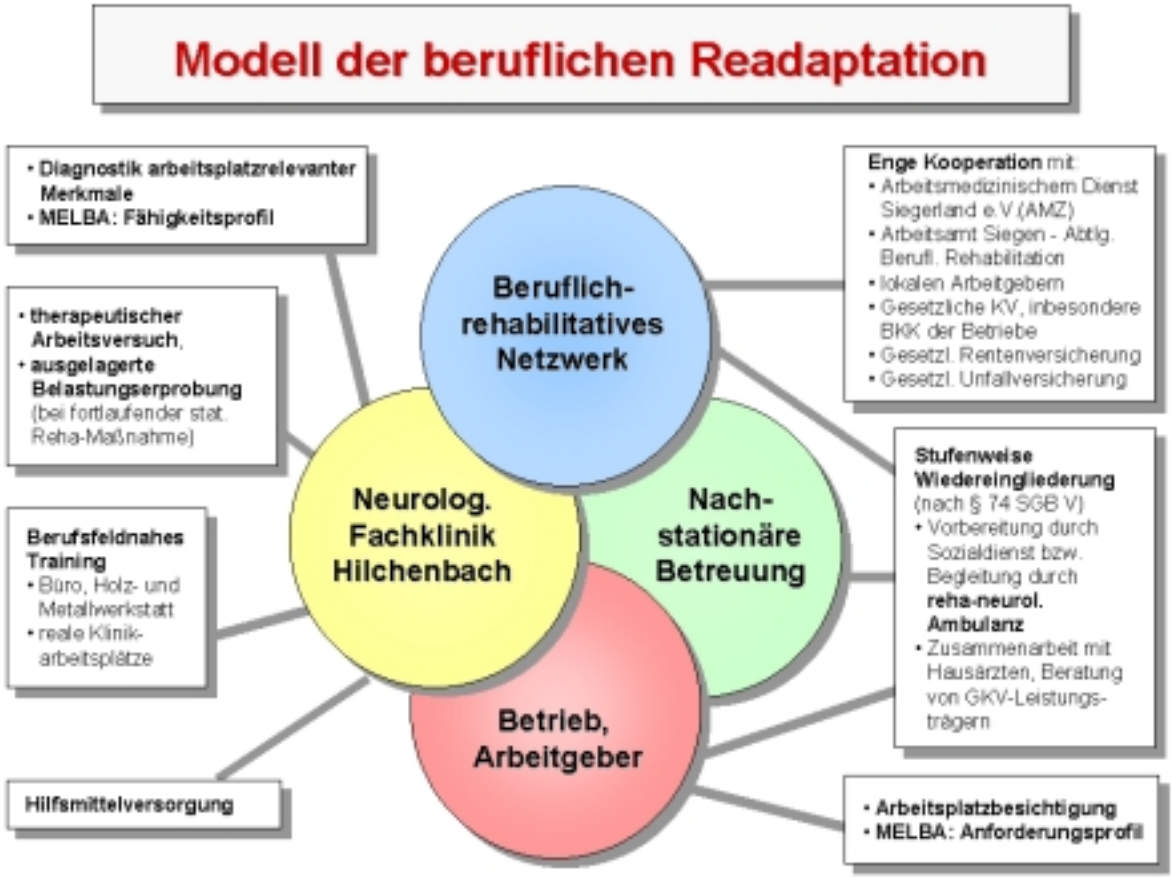
Zur Entwicklung von Lösungsstrategien für diese Problematik erarbeitet die Neurologische Fachklinik Hilchenbach im Rahmen eines Modellprojektes zur beruflichen Readaptation eine enge Vernetzung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung, die bereits während des Klinikaufenthaltes eingeleitet und nach Entlassung am Arbeitsplatz fortgeführt wird. Ziel ist die Verbesserung der „Rehabilitationskette“ durch Abstimmung der institutionellen Schnittstellen des gesamten medizinischen und beruflichen Rehabilitationsprozesses, der mit der Aufnahme in die Klinik beginnt und erst mit der erfolgreichen beruflichen Eingliederung am Arbeitsplatz endet. Kernstück ist die institutionelle Vernetzung von stationärer medizinischer Rehabilitation (Klinik) mit dem beruflich-rehabilitativen Netzwerk, mit den zuständigen Stellen der nachstationären Betreuung sowie mit der Arbeitsstätte (Betrieb), um die Gesamtheit aller Maßnahmen patientenorientiert aufeinander abzustimmen (siehe Abbildung 1).

MELBA
Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration

Zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung nach Abschluss der stationären Rehabilitationsmaßnahme wird bereits während des Klinikaufenthaltes ein Profilvergleich zwischen individuellen Fähigkeiten und konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz erstellt. Als Instrument zur Profilerstellung wird ein Programm angewandt, das an der Universität-

Gesamthochschule Siegen im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung entwickelt wurde und unter dem Namen „MELBA“ (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) publiziert wurde (Föhres et al., 1997).

Dieses Verfahren eignet sich in besonderer Weise für die praktische Anwendung und Prognose im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, weil nicht nur das Leistungsverhalten erfasst wird, sondern ebenso die nicht weniger wichtigen psycho-sozialen und sozial-integrativen Fähigkeiten und Anforderungen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Somit erfasst dieses Instrument die o.g. Komplexe der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsverhaltens, die nach Gauggel et al. (1998) als wesentlich für die Integration hirngeschädigter Patienten in das Berufsleben zu erachten sind. Zur Problematik des Umgangs mit den vorhandenen Störungen erfolgen Interventionen zur Krankheitsbewältigung, die bereits an anderer Stelle dargestellt werden (Wittmann, im Druck).



Neuropsychologische Assessments und Verhaltensdiagnostik

Zur Erfassung der individuellen Fähigkeits- und Anforderungsprofile werden durch Tests, Interviews und Verhaltensbeobachtungen insgesamt 29 Merkmale erfasst, die in folgenden 5 Merkmalskomplexen zusammengefasst werden:

- Kognitive Merkmale, z.B. Arbeitsplanung, Konzentration, Problemlösen
- Soziale Merkmale, z.B. Kontaktfähigkeit, Kritisierbarkeit, Teamarbeit
- Arbeitsausführung, z.B. Ausdauer, Misserfolgstoleranz, Sorgfalt

- Psychomotorische Merkmale, z.B. Reaktionsgeschwindigkeit
- Kulturtechniken/Kommunikation: Lesen, Rechnen, Schreiben, Sprechen

Zur detaillierten Beschreibung der arbeitsplatzspezifischen Anforderungen zu den genannten Merkmalsbereichen werden strukturierte Interviews mit den Patienten durchgeführt und – bei Zustimmung des Patienten – Kontakte zum Arbeitgeber hergestellt, um die Informationsbasis durch Arbeitsplatzbesichtigung und Gespräche mit Vorgesetzten und Personalleitern auszubauen.

Zur Erfassung der individuellen Fähigkeitsprofile werden neuropsychologische Assessments und strukturierte Verhaltensbeobachtungen bei Arbeitsproben und Gruppenarbeiten angewandt. Zur Erhebung der sozialen Kompetenzen und der Art der Arbeitsausführung werden die genannten Verfahren in der ergo- bzw. berufstherapeutischen Abteilung an Trainingsarbeitsplätzen in einer klinikinternen Holz- und Metallwerkstatt oder in einem Patientenbüro mit PC-Arbeitsplätzen durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht zur Beschreibung aller relevanten Merkmale sowie der eingesetzten Messverfahren wird in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

Ausgehend von der Ergebnissen des Profilvergleichs entwickelt das interdisziplinäre Rehabilitationsteam mit dem Patienten ein vorbereitendes Training für die gezielte Platzierung im Betrieb und unterstützt ihn – in enger Kooperation mit dem beruflich-rehabilitativen Netzwerk – bei der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit durch praktisches job coaching sowohl bei den arbeitsplatzbezogenen Tätigkeiten wie auch bei der Bewältigung sozial-integrativer Probleme. Dies entspricht einer Strategie der unterstützenden Beschäftigung, die beispielsweise durch das Hamburger Modell der schrittweisen Wiedereingliederung gefördert werden kann (Hummelsheim, 1998, Kap. 13).

Literatur

Brooks, D.N., McKinlay, W., Symington, C., Beatie, A., Campsie, L. (1987): Return to work within the first seven years of severe head injury. Brain Injury, 1, 5-19.

Föhres, F., Kleffmann, A., Müller, B., Weinmann, S. (1997): MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Gauggel, S., Konrad, K., Wietasch, A.K. (1998): Neuropsychologische Rehabilitation. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Hummelsheim, H. (1998): Neurologische Rehabilitation. Springer-Verlag, Berlin.

Wittmann, B. (in Druck): Verhaltensmedizin in der neurologischen Rehabilitation. In: M. Zielke et al. (Hrsg.): Verhaltensmedizinische Praxis in der Rehabilitation. Pabst Verlag, Lengerich.

Tabelle 1: Erklärung siehe Text

Fähigkeitsmerkmale	Beschreibung	Test/Messung
Kognitive Merkmale:		
Arbeitsplanung	Elemente strukturieren	Test: Turm von Hanoi
Auffassung	Tempo, Reizkomplexität	Arbeitsprobe: Instruktionsverständnis
Aufmerksamkeit	Selektive Aufmerksamkeit	Test: Go/Nogo-Test (TAP)
	Aktiviertheit	Test: Alertness (TAP)
	Daueraufmerksamkeit	Test: Daueraufmerksamkeit (WTS)
	Arbeitsgedächtnis	Test: Arbeitsgedächtnis (TAP)
Konzentration	nicht ablenkbar, dauerhaft	Test: Geteilte Aufmerksamkeit (TAP)
Lernen/Merken	Speicherung, Abruf	Test: Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest
Problemlösen	logisches Denken	Test: Schlussfolgerndes Denken (LPS 3 und 4)
Umstellung	Aufgabenwechsel	Test: Wisconsin Card Sorting Test
Vorstellung	abstraktes Bearbeiten	Test: Mosaik-Test (HAWIE)
Soziale Merkmale:		
Durchsetzung	sozial angemessene Zielerreichung	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Führungsfähigkeit	integrieren, motivieren, entscheiden	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Kontaktfähigkeit	arbeitsrelevante Interaktionen	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Kritikfähigkeit	konstruktiv rückmelden	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Kritisierbarkeit	Kritik annehmen, bewerten lassen	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Teamarbeit	Infos austauschen, akzeptieren	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Arbeitsausführung:		
Ausdauer	Reaktion bei Reizmonotonie	Test: Vigilanz (WTS)
Kritische Kontrolle	ergebnisorientierte Selbstbewertung	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Misserfolgstoleranz	internale Motivation bei Frustration	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Ordnungsbereitschaft	funktionsfähiges Arbeitsmaterial	Arbeitsprobe: Verhaltensbeobachtung
Pünktlichkeit	vereinbarte Termine einhalten	Arbeitsprobe: Verhaltensbeobachtung
Selbständigkeit	Initiative und Eigenverantwortung	Arbeitsprobe: Verhaltensbeobachtung
Sorgfalt	korrekt, gewissenhaft, umsichtig	Arbeitsprobe: Verhaltensbeobachtung
Verantwortung	sichert vereinbarte Arbeitsergebnisse	Gruppenarbeit: Verhaltensbeobachtung
Psychomotorische Merkmale:		
Antrieb	psychische und physische Energie	Arbeitsprobe: Verhaltensbeobachtung
Feinmotorik	psychomotorische Bewegungsabläufe	Arbeitsprobe: Ergotherapie
Reaktionsgeschwindigkeit	multiple komplexe Signale	Test: Wiener Determinationsgerät
Kulturtechniken/Kommunikation		
Lesen	Verständnisprobe	Arbeitsprobe
Rechnen	Grundrechenarten	Arbeitsprobe
Schreiben	Inhalt, Rechtschreibung, Grammatik	Arbeitsprobe
Sprechen	verstehbarer Inhalt	Arbeitsprobe

Anm.: TAP: Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, WTS: Wiener Testsystem; LPS: Leistungsprüfsystem, HWIE: Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene

Auswirkungen der Rehabilitation auf indikationsgruppenspezifische Gesundheitsausgaben

Schmid, S. (1,2), Novossadeck, E. (1,2), Hansmeier, T. (2), Brennecke, R. (1)

(1) Freie Universität Berlin, Institut für Soziale Medizin, Berlin, (2) Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Berlin

Im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern ist die Kosten-Analyse im Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland ein noch eher neueres Forschungsfeld. Obwohl bereits erste Ansätze einer ökonomischen Output-Bewertung von Rehabilitationsleistungen (Gerdes, 1993; Zielke, 1995; Hansmeier, 1997) vorliegen, fehlen bislang repräsentative ökonomische Untersuchungen zu den Wirkungen von Rehabilitation im Kontext der Gesundheitsversorgung.

Bei einer makroökonomischen Zugangsperspektive, d.h. der Durchführung von aggregatbezogenen Untersuchungen, werden in der Regel die pro-Kopf-bezogenen Ausgaben untersucht. Hierbei werden die Gesamtausgaben in bestimmten Versorgungsbereichen durch eine definierte Bezugsgröße dividiert. Jedoch sind die Ergebnisse bei einem hohen Aggregationsniveau insbesondere bei der Analyse von Interventionsbedingungen nur begrenzt aussagefähig. Weiterhin sind nicht unerhebliche Unterschiede bei aggregierten Daten der Gesundheitsausgaben festzustellen. Dies beruht einerseits auf der Abgrenzungsproblematik bei den Gesundheitsausgaben, andererseits auf der nicht eindeutig geregelten Zuordnung einzelner Versorgungsleistungen zu Versorgungsbereichen (z.B. was ist eine rehabilitative Leistung). Anhand von Aggregatdaten bietet sich zwar der Vergleich zeitlicher Verläufe der Aggregate (Ausgaben für Medikamente, ambulante oder stationäre Gesundheitsausgaben usw.) an, jedoch muss bei der Interpretation der Ergebnisse die Veränderung der Bezugsgröße beachtet werden. Auch wird einer homogenen Ausgabenverteilung für die Untersuchungsgruppe in Bezug auf das Untersuchungsmerkmal vorausgesetzt. Diese Annahme dürfte normalerweise jedoch nicht erfüllt sein.

Ein solcher Ansatz mit Durchschnittswerten kam im SFB 3 (Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik) in den Jahren 1978 bis 1990 für das Gesundheitssystem zur Anwendung. Er scheiterte jedoch daran, dass mit der Berechnung von Durchschnitten letztlich das Verteilungsergebnis stärker beeinflusst wird als durch die individuelle Zuordnung und Aggregation.

Aufgrund der Schwierigkeiten bei einer makroökonomischen Vorgehensweise sollte eine Analyse zu den Auswirkungen einer Interventionsmaßnahme auf die Gesundheitsausgaben aus einer individualperspektivischen Betrachtung vorgenommen werden. Bei der individuellen Bestimmung der Gesundheitsausgaben ergibt sich eine Gesundheitsausgabenverteilung. Anhand dieser können homogene Ausgabengruppen gebildet werden, die möglicherweise in Indikationsfallgruppen überführbar sind. Diese sind getrennt auf den Einfluss einer Intervention bzw. Nichtintervention zu untersuchen.

Dieser Forschungsansatz findet in einem rehabilitationswissenschaftlichen Projekt im Reha-Forschungsverbund Berlin, Brandenburg, Sachsen (BBS) Anwendung. In einer Zwei-Punkt-Befragung (Paneldesign) einer repräsentativen Versicherten- und Antragstellerstichprobe werden neben den Angaben zu Gesundheitszustand und weiteren Reha-Bedürftigkeitskriterien auch Aufwendungen (Ausgaben und Zeiten) für die Gesundheitsversorgung erhoben. Als Leistungsgruppen werden dabei die Bereiche Prävention/Vorsorge, Akutbehandlung, stationäre Rehabilitation und Krankheitsfolgekosten abgegrenzt. Im Ergebnis lassen sich „individuelle" Gesundheitsausgabenverläufe darstellen, die zu einem Teil auf tatsächlichen Ausgaben und zum anderen Teil auf zugeordneten Durchschnittsausgaben (Durchschnittskosten pro Arztkontakt usw.) beruhen.

Für die ökonomische Bewertung einer Rehabilitation auf die Gesundheitsausgaben werden einerseits die Differenzen der Gesundheitsausgaben auf individueller Ebene vor und nach der Rehabilitation untersucht. Hierfür wird die Veränderung in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit dem durchschnittlichen Kostensatz dieser Leistung bewertet. Andererseits werden Ausgabendifferenzen zwischen unterschiedlichen Personen berechnet (Fall-Kontroll-Design). Hier werden für alle Fall-Kontroll-Probanden in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen die gleichen Durchschnittskosten verwandt und das Ergebnis hängt weniger von den Durchschnitten, sondern von den Veränderungen der Inanspruchnahme nach Intervention (durch die Reha) ab.

Die Analyse nach diesem Ansatz verfolgt das Ziel, fallgruppenspezifische (nach definierten Kriterien wie z.B. Indikation, Gesundheitszustand, soziale Faktoren) Ausgabendifferenzen in Bezug auf die Intervention „Rehabilitation" zu ermitteln.

Literatur

Burchert, H., Hansmeier, T., Hessel, F., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Wasem, J. (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation Teil II: Bewertung der Ressourcenverbräuche. DRV-Schriften Band 16 Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, Hrsg. Verband Deutsche Rentenversicherungsträger, Frankfurt, 195-246.

Gerdes, N. (1993): Bewirken Reha-Maßnahmen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit? Thieme Stuttgart.

Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W., Klosterhuis, H., Spyra, K. (1997): Kosten-Nutzen-Bewertung der medizinischen Rehabilitation der RV und die Auswirkungen des WFG. Die Angestellten Versicherung (5), 226-233.

Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U., Wasem, J. (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation Teil I: Bewertung der Ressourcenverbräuche. DRV-Schriften Band 16 Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, Hrsg. Verband Deutsche Rentenversicherungsträger, Frankfurt, 106-193.

Zielke, M. (1995): Veränderungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Verhaltenstherapie. PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation (30), 104-130.

Entwicklung der Grundlagen für eine fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen[4]

Neubauer, G., Mayer, R.

Institut für Volkswirtschaftslehre, München

Ziel der Untersuchung

Das Leistungsgeschehen und das Vergütungssystem in der medizinischen Rehabilitation stehen zur Zeit relativ unabhängig nebeneinander. Ein tagesgleicher Pflegesatz wird dem differenzierten Leistungsgeschehen in Rehabilitationseinrichtungen nicht gerecht.

Ziel dieses Projekts ist es, Rehabilitationsleistungen und Vergütung zu verknüpfen in Richtung einer leistungsbezogenen Vergütung. Diese unterstellt, dass für gleichen Reha-Bedarf und gleiche Leistungen eine gleiche Vergütung erfolgt.

Entsprechend müssen Leistungen definiert und klassifiziert werden. Ein Ansatz für eine Klassifikation von Leistungen ist die Bildung von bedarfshomogenen Reha-Behandlungsgruppen (RBG), die eine differenzierte Leistungsbetrachtung ermöglichen.

RBG eignen sich als Basis für eine Erhöhung der Leistungstransparenz nach außen, für die Leistungssteuerung nach innen und als Gerüst für eine fallbezogene Leistungsvergütung. Die fallbezogene Vergütung steht dabei im Mittelpunkt dieses Projekts.

Stand der Forschung

In Deutschland kommt eine Einteilung in Patientengruppen überwiegend im Rahmen der Vergütung über Fallpauschalen in der Akutmedizin zum Einsatz. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation gibt es Forschungsansätze zur Schaffung eines Klassifikationssystems (Koch et al., 1998).

Im englischsprachigen Raum wurde ein solches Klassifikationssystem für die Rehabilitation mit Hilfe des Konzepts der FIM-FRGs (Functional Independence Measure-Function Related Groups) aufgebaut (Eilertsen et al., 1998; Stineman et al., 1997). Obwohl diese Klassifikation für alle Indikationsgebiete der medizinische Rehabilitation entwickelt wurde und entsprechend nur eine ganz grobe Gruppierung bezüglich der zugrundeliegenden Diagnosen enthielt, zeigt sie doch, dass eine Klassifizierung grundsätzlich möglich ist.

Methodik

In diesem Projekt sollen zunächst für die beiden wichtigsten Indikationsgebiete der Rehabilitation, die muskulo-skelettalen und die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kurz: Orthopädie und Kardiologie) Rehabilitationsbehandlungsgruppen gebildet werden. Diese müssen sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht homogen sein.

Um die medizinische Plausibilität der Gruppen zu gewährleisten, wurden in einem Expertenworkshop und mehreren Telefonkonferenzen Gruppen nach diagnostischen Gesichts-

[4] Ein Projekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/ Bad Säckingen. Gefördert von dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – VDR und seiner Mitglieder).

punkten gebildet. Da in der Rehabilitation allerdings neben der Diagnose der Haupterkrankung auch andere Faktoren wie beispielsweise die Funktionsbeeinträchtigungen, die Multimorbidität des Patienten oder das Behandlungsziel für seinen Ressourcenverbrauch eine Rolle spielen, sollen auch solche Merkmale berücksichtigt werden.

Um die ökonomische Homogenität der von Reha-Medizinern gebildeten Gruppen zu prüfen, werden in einer empirischen Studie in drei Kliniken Patientendaten erfasst, die sowohl die Merkmale des Patienten als auch seine in Anspruch genommenen Leistungen dokumentieren. Diese Leistungen werden anschließend mit Kosten bewertet, um den Ressourcenverbrauch zu messen. Sollten sich die von den Experten gebildeten RBG als nicht homogen in Bezug auf den Ressourcenverbrauch erweisen, so werden mit geeigneten statistischen Verfahren jene Variablen gesucht, die eine bessere Differenzierung der Patienten in ökonomisch homogene Gruppen erklären.

Bisherige Ergebnisse

In einem Expertenworkshop wurden Rehabilitationspatienten anhand von medizinischen Merkmalen zu Gruppen zusammengefasst. Nach Meinung der Rehabilitationsmediziner ist es dabei sinnvoll, zwischen Anschlussheilbehandlung (AHB), Heilverfahren (HV) und Wiederholungsheilverfahren (WHV) zu unterscheiden.

Als Ergebnis des Workshops wurden folgende RBG gebildet (eine ausführliche Darstellung befindet sich im Anhang):

Abbildung 1: Die von Reha-Medizinern gebildeten Reha-Behandlungsgruppen (RBG)

Eine Gruppierung von Rehabilitationspatienten nach medizinischen Gesichtspunkten ist also möglich.

Da der empirische Teil der Untersuchung, der die ökonomische Homogenität der RBG prüfen soll, erst angelaufen ist, liegen aus diesem Bereich noch keine Ergebnisse vor.

Diskussion

Die Bildung von RBG über Expertengespräche zielt darauf ab, dass die Patientengruppen in der Rehabilitation medizinisch homogen sind, was ihre Akzeptanz und ihre Verwendung in der Praxis durch Mediziner fördert.

Die Erfassung von zusätzlichen Merkmalen wie Alter, Reha-Ziel oder – was von Rehabilitationsmedizinern immer wieder gefordert wird – Multimorbidität, erlaubt eine detaillierte Abbildung des Patienten. Allerdings geht eine Aufnahme von zusätzlichen Patientenmerkma-

len zu Lasten der Übersichtlichkeit eines Klassifikationssystems, denn je mehr Variablen zur Klassifikation herangezogen werden, desto mehr Gruppen werden entstehen.

Ausblick

Einen Vorteil, den ein RBG-basiertes Vergütungssystem bietet, ist, dass ein bedarfsangepasstes, transparentes Vergütungssystem geschaffen wird. Gleichzeitig müssen Vergütungssystem und Qualitätssicherung miteinander verknüpft werden (Neubauer et al., 1998; Best et al., 1999). Langfristig wäre es denkbar, eine Ergebnismessung in die Vergütung mit einzubauen, die über ein Bonussystem die Ergebnisorientierung fördert.

Sollte die empirische Untersuchung zeigen, dass die gewählte Patientengruppierung sinnvoll ist, wäre eine Übertragung der Systematik auf andere Indikationsgebiete der Rehabilitation wünschenswert.

Literatur

Best, S., Wolf, M., Gerdes, N. (1999): „Effekte orthopädischer Rehabilitation – eine prospektive, therapiezielorientierte Rehabilitationsstudie an orthopädischen Krankheitsbildern (PROTOS-Studie)“, Orthopädische Praxis, 35, 9/99, 537-544.

Eilertsen, T., Kramer, A., Schlenker, R., Hrincevich, C. (1998): „Application of Functional Independence Measure-Function Related Groups and Ressource Utilization Groups-Version III Systems Across Post Acute Settings“, Medical Care Vol. 36, Nr. 5, 695-705.

Koch, U., Arentewicz, G., Tiefensee, J., Bergelt, C., Bauer, C. (1998): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung, Programmpunkt 2: Patiententherapiepläne – Abschlußbericht.

Neubauer, G., Nowy, R. (1998): „Konzepte zur Kosten- und Nutzentransparenz in der Rehabilitation“, f&w 4/98, 341-345.

Stineman, M., Granger, C. (1997): „A Modular Case-Mix Classification System for Medical Rehabilitation Illustrated“, Health Care Financing Review, Fall 1997, Vol. 19, Nr. 1, 87-103.

Anhang:

Klassifikation von Rehabilitationspatienten nach medizinischen Gesichtspunkten (RBG)

Indikationsgebiet Orthopädie

Anschlussheilbehandlung (AHB)	Heilverfahren (HV)
AHB nach... Hüft-TEP Knie-TEP Bandscheiben-Operation Amputation unterer Extremitäten Restgruppe (Frakturen o./u. Extremitäten oder der Wirbelsäule)	HV bei... entz. Wirbelsäulenerkrankungen nichtentz. Wirbelsäulenerkrankungen entz. Gelenk.- und weichteilrheumatische Erkrankungen nichtentz. Gelenkerkrankungen nichtentz. weichteilrheumatische Erkrankungen Restgruppe

Indikationsgebiet Kardiologie		
Anschlussheilbehandlung (AHB)	Wiederholungsheilverfahren (WHV)	Heilverfahren (HV)
AHB nach... Herzinfarkt PTCA AVK Koronare Bypass-OP Herzklappenersatz Kardiomyopathie/Herzinsuffizienz Restgruppe	WHV bei/nach... KHK Herzklappenersatz Kardiomyopathie AVK Restgruppe	HV bei... Metabolischem Syndrom Herzinsuffizienz unterschiedl. Psychovegetativen Syndromen mit Herzbeteiligung Restgruppe (z.B. funktionelle Herzrhythmusstörungen)

Chancen und Probleme durch die Einführung von Fallpauschalen in der „Erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP)“

Gülich, M. (1), Kainz, B. (2), Jäckel, W.H. (1, 2)

(1) Klinikum der Universität Freiburg, Abt. für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Bislang kommt für die Leistungsvergütung von ambulanten komplexen Therapien (z.B. EAP, ambulante Rehabilitation) hauptsächlich eine tagesgleiche Pauschalierung zum Einsatz.

Maßgebliche Kostenträger für eine EAP oder ambulante Rehabilitation (VdAK, AOK) fordern für die tagesgleiche Behandlungspauschale vertraglich auch eine tagesgleiche Mindestbehandlungsintensität. Diese sehr praktikable Lösung zur Leistungsvergütung wird jedoch den Patientenbedürfnissen nach einer an der individuellen Leistungsfähigkeit der Patienten adaptierten Behandlungsintensität nicht gerecht (Froböse 1997).

Gleichzeitig setzt die tagesgleiche Pauschalierung den für die Kostenträger unerwünschten finanziellen Anreiz, die Behandlung des Patienten über den medizinisch notwendigen Zeitraum hinaus fortzuführen (Neubauer et al., 1991; Lauterbach et al. 1995).

Vor diesem Hintergrund versucht die AOK Baden-Württemberg mit dem Modellvorhaben „Erweiteile Ambulante Physiotherapie (EAP) zur Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation für den Bereich Orthopädie / Traumatologie“ durch Erprobung von Fallpauschalen, eine bedürfnisgerechtere Versorgung ihrer Versicherten zu erreichen. Gleichzeitig sollen Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung geschaffen werden. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung durch das Hochrhein-Institut ist neben der Evaluation der

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Untersuchung der medizinischen und gesundheitsökonomischen Effekte einer Fallpauschalierungsregelung.

In ausgewählten Einrichtungen werden im Rahmen einer Implementationsanalyse die Effekte bezüglich Outcome, Patientenzufriedenheit, Behandlungsdauer, Leistungsstruktur, Fallzahlentwicklung, Fallstruktur und Selektionseffekte untersucht.

In einem ersten Schritt wurden in mehreren Expertenworkshops mit leitenden Therapeuten, Reha-Ärzten und Geschäftsführern der am Modellprojekt beteiligten Therapieeinrichtungen u. a die spezifischen Chancen und Probleme durch die Fallpauschalierung in der EAP diskutiert sowie die Rahmenbedingungen für die Einführung von Fallpauschalen erarbeitet.

Dabei wurden folgende für die ambulante Therapie spezifische Chancen und Probleme herausgestellt.

- Es ist eine langfristigere Planung der Therapie möglich, da keine Genehmigung der Verlängerung durch den Kostenträger notwendig ist
- Die Behandlungsdichte kann individuell an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden. Bei der bisherigen pauschalierten Vergütung stellt die vertraglich geforderte Mindesttherapiezeit von zwei Stunden pro Tag gerade zu Beginn der EAP eine Überforderung der Patienten dar, während in der späteren Phase eine höhere Therapiezeit angemessen wäre. Durch eine den Patienten angepasste Treatmentstärke lässt sich möglicherweise ein besserer Therapieerfolg und eine höhere Patientenzufriedenheit erzielen
- Ein Problem stellt die Festlegung des Endes der EAP dar. Bei einer Fallpauschalierung besteht der finanzielle Anreiz für eine möglichst frühzeitige Beendigung der Therapie. Während in der stationären, akutmedizinischen Versorgung der Patient in der Regel auch einer möglichst frühzeitigen Beendigung seines stationären Aufenthaltes interessiert ist, trifft dies für die ambulante, Rehabilitation Versorgung nicht zu (Gülich et al., 1999) Hier stehen die Therapieeinrichtungen vor dem Problem das Ende der Therapie, medizinisch zu begründen und dem Patienten plausibel zu vermitteln.

Für die Festlegung der Rahmenbedingungen einer Fallpauschalierung sind folgende Fragen aufgeworfen worden:

- Welche Leistungen sind mit der Fallpauschale abgegolten? Sollen Leistungen, wie die im Vorfeld der EAP rezeptierte Physiotherapie ebenfalls in die Fallpauschale einbezogen werden?
- Muss eine Mindestanzahl von Behandlungseinheiten festgelegt werden? Wie werden Therapieabbrecher vergütet?
- Muss eine Maximalanzahl von Behandlungseinheiten festgelegt werden, analog zur Grenzverweildauer bei der stationären akutmedizinischen Versorgung Welche Alternativen bieten sich an für die Vergütung außergewöhnlich behandlungsintensiver und damit teurer Patienten?
- Wie kann das Ende der EAP medizinisch festgelegt und dem Patienten vermittelt werden? Wer legt das Ende der EAP fest? Welche Handlungsanleitungen oder Vorgaben der Kostenträger sind dazu notwendig?
- Welche Methode zur Preisfindung soll herangezogen? Sind ergebnisorientierte Fallpauschalen praktikabel und sinnvoll? Sind für die unterschiedlichen Diagnosen und Schwe-

regrade unterschiedliche Fallpauschalen notwendig? Wenn ja, wie kann ein sog. „Downcreeping“ und „Upsizing“ verhindert werden?
- Muss ein Mindestumfang von Therapiemaßnahmen und ärztlichen Untersuchungen festgelegt werden?
- Welche Methoden zur Qualitätssicherung sind notwendig, um zu verhindern, dass dem Patienten medizinisch Notwendiges, das in der Fallpauschale einkalkuliert ist, vorenthalten wird.

Im weiteren Verlauf der Studie soll gezeigt werden, welche medizinischen und gesundheitsökonomischen Effekte von Fallpauschalen in der EAP nachweisbar sind. Insbesondere soll geprüft werden, ob eine Flexibilisierung der Behandlung und die daraus erhofften Effekte, wie die Verbesserung des Therapieerfolges und der Patientenzufriedenheit in der Praxis nachweisbar sind. Gleichzeitig soll untersucht werden, inwieweit unerwünschte Effekte der Fallpauschalierung wie sie in den angloamerikanischen Ländern für die stationäre Versorgung gefunden wurden, für dieses Modell einer ambulanten Versorgung ebenfalls auftreten.

Literatur

Froböse, I. (1997): Studie zur Qualität in der ambulanten orthopädisch / traumatologischen Rehabilitation. BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen.

Gülich, M., Jäckel, W.H. (1999): Erprobungsregelung über die Durchführung der ambulanten orthopädisch/traumatologischen Rehabilitation der AOK Baden-Württemberg Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Bad Säckingen.

Lauterbach, K., Arnold, M. (1995): Über die Vor- und Nachteile einer Ieistungsbezogenen Vergütung der stationären Versorgung. In: Arnold, M. u. Paffrath, D.: Krankenhaus-Report 1995, Gustav Fischer Verlag Stuttgart, Jena.

Neubauer, G., Birkner, B, Moos, G. (1991): Anwendbarkeit gesundheitsökonomischer Steuerungsinstrumente auf das System der Rehabilitation in der Rentenversicherung. In. Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte - Band VII Teilband 1, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 3-141.

Teilstationäre und stationäre Rehabilitation – Einflussfaktoren hinsichtlich der Reha-Kosten auf Seiten des Leistungsträgers

Bührlen, B. (1), Kulick, B. (2), Jäckel, W.H. (1, 3)

(1) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen, (2) LVA Rheinland-Pfalz, Speyer, (3) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum, Freiburg

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Versicherte der LVA Rheinland-Pfalz mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats können seit einiger Zeit auch teilstationär rehabilitiert werden. Dieser Modellversuch wird mit Förderung durch die LVA Rheinland-Pfalz wissenschaftlich begleitet. Untersucht werden

u.a. Aspekte der Inanspruchnahme, das Behandlungsprogramm, die Wirksamkeit sowie die Beurteilung durch die Rehabilitanden (Bührlen et al., 1999).

Darüber hinaus ist eine Kosten-Effektivitäts-Analyse geplant. Unterschiede zwischen teilstationärer und stationärer Rehabilitation hinsichtlich der Kosten werden u.a. aus folgenden Gründen erwartet: Teilstationär müssen weniger Tagessätze aufgewendet werden, da die Patienten am Wochenende zu Hause sind, andererseits fehlen Einnahmen aus der Zuzahlung, von der teilstationäre Patienten befreit sind. Differenzen können sich auch hinsichtlich der Fahrtkosten oder – bedingt etwa durch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten – hinsichtlich des Übergangsgeldes, für Haushaltshilfen etc. ergeben.

Die ökonomische Evaluation orientiert sich an den Richtlinien der AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (1999). Aus der Perspektive des Leistungsträgers kann die Evaluation auf die für ihn relevanten Kostenfaktoren beschränkt werden. Berücksichtigt werden müssen insbesondere Kostenfaktoren wie Transferzahlungen (z.B. das Übergangsgeld) und besonders interessierende Erfolgskriterien (z.B. die Erwerbsfähigkeit).

Für einen fairen Vergleich der beiden Angebotstypen müssen die beiden Teilstichproben hinsichtlich möglicher Confounder vergleichbar sein, d.h. Variablen, die mit den Reha-Kosten in einem relevanten Zusammenhang stehen, sollten kontrolliert werden. Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche Faktoren die Reha-Kosten beeinflussen.

Methodik

An der Studie nehmen teilstationäre Rehabilitanden aus vier Zentren und stationäre aus drei Zentren teil. Für die Kostenanalyse wurden pro teilstationärem Zentrum 30 Rehabilitanden und die selbe Anzahl von stationären Rehabilitanden zufällig aus der Gesamtstichprobe ausgewählt. Aus den Unterlagen der LVA wurden die Kosten jeder Rehabilitationsmaßnahme ermittelt, aufgeschlüsselt nach Pflegekosten, Übergangsgeld, Fahrtkosten, Zuzahlung, Kosten für Haushaltshilfen oder für Begleitpersonen. Daraus wurden die Nettokosten als Bilanz aller Ausgaben der LVA für eine Rehabilitationsmaßnahme (stationär: abzüglich der Zuzahlung) errechnet. Die Kostendaten wurden mit Daten von der Erhebung bei Reha-Beginn verknüpft: mit der Soziodemographie aus dem IRES-Fragebogen (Gerdes et al., 1995), Diagnose und Schweregrad aus einem Arztbogen sowie der Reha-Dauer aus Mitteilungen der Reha-Zentren.

Als Kandidaten für Prädiktoren wurden vor allem diejenigen Merkmale erachtet, in denen sich die beiden Teilstichproben unterscheiden (Geschlecht, Krankheitstage vor der Reha), sowie das Lebensalter. Darüber hinaus wurden die Erstdiagnose und deren Schweregrad, die Dauer des Heilverfahrens (HV), Angebotstyp (stationär vs. teilstationär) sowie das Reha-Zentrum untersucht. Der Frage nach der Bedeutung der einzelnen Prädiktoren für die Nettokosten wurde mit Hilfe multipler Regressionsanalysen nachgegangen.

Ergebnisse

Die Prädiktoren wurden zunächst in der Reihenfolge ihrer vermuteten Bedeutung für die Gesamtkosten in die Regression aufgenommen. Signifikant von Null verschiedene Regressionsgewichte hatten im Modell mit allen Variablen die Dauer des HV, der Angebotstyp und

die Anzahl der Krankheitstage vor der Rehabilitation. Die Varianzaufklärung betrug R^2=0,686, den größten Beitrag leistete die Variable „Angebotstyp“ (β=0,82; Änderung in R^2 bei Hinzunahme dieser Variablen um 0,414) gefolgt von der Dauer des HV (β=0,53; Änderung in R^2 um 0,180) und der Anzahl der Krankheitstage (β=0,19; Änderung in R^2 um 0,032).

Zur Gegenprüfung wurde sodann eine schrittweise multiple Regression mit den selben Variablen berechnet, welche die genannten Ergebnisse bestätigt. Hierbei wird aufgrund mathematischer Kriterien über die Reihenfolge, in der die Variablen in die Regression aufgenommen werden, oder ob sie ganz ausgeschlossen werden, entschieden. Das korrigierte R^2 lag bei 0,649, als erste Variable wurde der Angebotstyp aufgenommen, es folgten die Dauer des HV und die Krankheitstage vor Aufnahme. Als irrelevant ausgeschlossen wurden Alter, Schweregrad der ersten Diagnose und das Geschlecht.

Diskussion

Als Prädiktoren der Reha-Kosten konnten wir – wie größtenteils zu erwarten war – die Dauer des HV, der Angebotstyp und die Anzahl der Krankheitstage vor der Rehabilitation, nicht aber soziodemographische Merkmale oder der Schweregrad der ersten Diagnose bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Art des Angebots (teilstationär vs. stationär) die Nettokosten der Rehabilitation bestimmt, wenn andere Variablen kontrolliert werden. Auch wenn bereits einige Confounder der Reha-Kosten in den Analysen berücksichtigt wurden, ist die Vergleichbarkeit der beiden Teilstichproben noch nicht ausreichend gesichert, um aus den Kostendifferenzen zwischen stationärer und teilstationärer Rehabilitation weitergehende Schlüsse ziehen zu können.

Literatur

AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U., Wasem, J.) (1999): Ökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil.I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“ (DRV-Schriften Bd. 16, S. 106-193). Bad Homburg: WDV Wirtschaftsdienst.

Bührlen, B., Jäckel, W.H. (1999): Modellprojekt der LVA Rheinland-Pfalz zur teilstationären Rehabilitation: Erste Ergebnisse. Die Rehabilitation, 38 (Suppl. 1), 61-67.

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation, 34, XIII-XXIV.

Studiengestützte gesundheitsökonomische Analyse bei inkrementaler Therapie im Rahmen der internistischen Rehabilitation[5]

Raschke, F., Fischer, J.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney und Lehrstuhl für Klinische Rehabilitationswissenschaften der Universität Witten/Herdecke, Norderney

Einleitung

Die Studie beinhaltet die Einführung zusätzlicher Diagnostik und Therapie in der internistischen medizinischen Rehabilitation gegenüber einer Standardbehandlung unter ansonsten vergleichbaren Bedingungen.

Methode

745 Patienten (536 m, 209 w) mit chronischen Erkrankungen wurden in drei internistischen Rehakliniken mit objektiven Messverfahren in der Nacht mittels apparativem Monitoring nach dem aktuellen Stand technischer Möglichkeiten untersucht. Bei Bedarf wurden sie gemäß Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (Fischer et al., 1995) und der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (Peter et al., 1995) einer Stufen-Diagnostik und Therapie im Schlaflabor zugeführt. 103 Patienten (14 % von 745) wurden herausgefiltert, die eine weitere Behandlung erhalten sollten. Lediglich bei 47 Patienten konnte die Therapiestrategie im Schlaflabor noch während der Rehamaßnahme objektiviert werden. 30 der 47 Patienten (65 %) erhielten eine nCPAP-Therapie, 7 (14 %) eine medikamentöse Therapie und 10 (21 %) allgemeine Maßnahmen.

Zur Vereinfachung der Kosten-Berechnungen wird die Analyse auf 1000 untersuchte Patienten hochgerechnet. Bei 65 % dieser Patienten wäre eine Heimbeatmungstherapie (nCPAP), bei 14 % eine medikamentöse Therapie und bei 21 % allgemeine Maßnahmen angezeigt.

Eine Inkrementalanalyse (Hessel et al., 1999), bei der die Grenzkosten der zusätzlichen medizinischen Leistungen errechnet und den jeweiligen Outcomes gegenübergestellt werden, wurde durchgeführt.

Einschränkende Annahmen: a) Für eine Hochrechnung der Studienpopulation auf die Zielpopulation aller internistischen Patienten der Rehabilitation wurden die internistischen Diagnosehauptgruppen der VDR-Statistik Rehabilitation von 1996 verwendet. b) Als Outcomes-Maß wurde die Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitstage verwendet, die die Patienten für 12 Monate vor Reha und im Jahr nach Reha im IRES-Fragebogen angaben. c) Als indirekte Kosten wurden die krankheits- und interventionsbedingten Arbeitsausfälle mit 178 DM / Tag als Anteil an der Grundlohnsumme der Gesamterwerbspopulation der BRD nach dem eingeschränkten Humankapitalansatz (Hessel et al., 1999) mit Friktionskostenanteil für die Dauer der AU-Tage sowie die Arbeitszeitausfälle während der zusätzlichen stationären Krankenhausaufenthalte im Schlaflabor angesetzt. d) Eine Diskontierung wurde nicht berücksichtigt. e) Zusätzliche Verbrauchskosten wurden nicht angesetzt. f) Im Jahr nach Erstbehandlung und in den Folgejahren wurde jährlich eine Untersuchung zur Langzeitkontrolle

[5] Studiendurchführung mit Unterstützung durch den VDR-Frankfurt

angenommen. g) Sozioökonomische Effekte der erfolgreichen Therapie (Peter et al., 1995), wie die Wahrscheinlichkeit für verhinderte Arbeits- und Verkehrsunfälle durch Tagesschläfrigkeit am Arbeitsplatz wurden ebenso wie erhöhte Lebensqualität in der Dimension „Soziale Funktion“ nicht angesetzt. i) Der eingenommene Standpunkt entstammte weitgehend aus der Perspektive der Rentenversicherung.

Direkte Kosten

Monitoring 80.- DM / Patient und Nacht, Diagnosesicherung im Schlaflabor 500.- DM / Patient und Nacht, Hilfsmittelverordnung eines Heimbeatmungsgeräts der Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte 3000.- DM (Abschreibung über 5 Jahre à 600.- DM).

Indirekte Kosten

Grundlohnsumme 178.- DM / Arbeitsunfähigkeitstag. Nutzen: Bei den AU-Tagen ergab sich bei der auffälligen, aber ohne spezielle Therapie entlassenen Gruppe eine Zunahme von 79,41 d auf 104,64 d (Delta = + 25,24 d) im Jahr nach Reha. Bei der zusätzlich speziell behandelten Gruppe haben wir dagegen eine Abnahme der AU-Tage von 74,06 auf 35,62 d (Delta = -38,44 d) gemessen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zusätzliche Kosten in Höhe von ca. 400.- DM pro Studienteilnehmer. Demgegenüber stand der Nutzen von 38,44 eingesparten AU-Tagen im ersten Jahr nach Reha mit einem Bruttonutzen von 6.842.- DM pro betroffenem Rehapatienten. Bei einer Hochrechnung auf die Zielpopulation aller internistischen Rehapatienten eines Jahres würde sich damit ein Nettogewinn von 113,73 Mio. DM ergeben. Dieser jährliche Nutzen erhöhte sich in den folgenden Jahren auf 158,75 Mio. DM, da die Schlaflabor-Diagnostik und -Therapieeinstellung wegfiele, weil lediglich Kontrolluntersuchungen zur optimierten Versorgung durchgeführt würden.

Diskussion

Die Modellrechnung zeigt, dass sich unter den Annahmen des hier gewählten, sehr restriktiv und vorsichtig angesetzten Humankapitalansatzes beträchtliche Nutzwert-Dimensionen über die genannten mittleren AU-Tage ergeben. Wegen der hohen Prävalenzzahlen sollte eine Erstdiagnostik in der Rehabilitation möglich sein. Die Erstdiagnostik könnte gestuft über validierte Fragebogen-Instrumente für Schlaf- und Vigilanzstörungen in der internistischen Rehabilitation als erste Stufe und apparativ über Monitoring-Untersuchung als zweite Stufe realisiert werden.

Bei Patienten, die eine schlafbezogene Atmungsregulationsstörung aufweisen, sollte eine weitere Abklärung und der Beginn einer spezifischen Therapie in einem Schlafmedizinischen Zentrum während der Rehabilitation stattfinden. Sie wird über eine Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung mit schlafmedizinischem Schwerpunkt ermöglicht.

Literatur

Fischer, J., Dorow, P., Köhler, D., Mayer, G., Peter, J.H., Podszus, T., Raschke, F., Rühle, K.H., Schulz, V. (1991): Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. Arbeitsgruppe: Nächtliche Atmungs- und Kreislaufregulationsstörungen. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie nächtlicher Atmungs- und Kreislaufregulationsstörungen. Pneumologie 45, 45-48.

Peter, J.H., Köhler, D., Knab, B., Mayer, G., Penzel, T., Raschke, F., Zulley, J. (Hrsg.) (1995): Weißbuch Schlafmedizin. Roderer, Regensburg.
Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Novy, R., Seitz, R., Sieber, U., Wasem, J. (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung DRV- Schriften Band 16.

Verringerung der Krankheitskosten durch verhaltensmedizinische Risikomodifikation bei Herzkreislauferkrankungen

Zielke, M.

Wissenschaftsrat der AHG AG, Mönkeberg

Hintergrund, Zweck

Angesichts der Krankheitskosten und der Krankheitsfolgeleistungen für chronische Erkrankungen in Deutschland ist es dringend geboten, durch eine präventivorientierte Risikomodifikation die Entstehung chronischer Krankheiten maßgeblich zu verringern.

Methodik

Um hierfür eine fundierte empirische Grundlage zu schaffen, ist es erforderlich

- die Ausgaben für chronische Krankheiten in einzelnen Versorgungsbereichen zu ermitteln,
- die verhaltensmedizinisch beeinflussbaren chronischen Krankheiten festzustellen,
- das Reduktionspotential durch verhaltensmedizinische Interventionen zu berechnen - und Wege zur Identifizierung von Patientenzielgruppen aufzuzeigen.

Ergebnisse

Die Gesundheitsausgaben für ischämische Herzkrankheiten betrugen 1994 insgesamt 14,936 Mrd. DM. Für den aktuellen Myokardinfarkt wurden allein 2,053 Mrd. DM ausgegeben. Einige Leistungsdaten aus dem Bereich der Akutmaßnahmen veranschaulichen dieses Ausgabevolumen: Wir hatten 1994 in Deutschland 700.000 Krankenhausfälle wegen ischämischer Herzkrankheiten, fast 500.000 diagnostische Herzkatheder und 130.000 interventionelle Herzkatheder überwiegend zur Dilatation verengter Gefäße ; 71.500 mal wurde mit Hilfe der Herz-Lungenmaschine ein Bypass gelegt. 1994 gab es 261.000 Herzinfarkte mit 181.000 Todesfällen.

Zur Abschätzung des Erfolgs geeigneter Präventionsmaßnahmen hinsichtlich verhinderter Krankheitsereignisse und der entsprechenden Ausgaben wird zunächst der prozentuale Anteil der Krankheitslast berechnet, der einem bestimmten Risikofaktor zugeschrieben werden kann (Population Attributable Risk Percent = PAR %). Hierfür muss im einzelnen bekannt sein, welches Erkrankungsrisiko Personen mit Risikofaktor haben in bezug auf Personen ohne Risikofaktor (Relatives Risiko = RR). Die einzelnen PAR % und RR zum Myokardinfarkt werden dargestellt.

In Abhängigkeit von einzelnen verhaltensmedizinischen Interventionskonzepten betragen die realistisch verhinderbaren Gesundheitsausgaben für den Herzinfarkt bis zu 1,069 Mrd. DM und für die ischämischen Herzkrankheiten bis zu 5,676 Mrd. DM. jährlich. Der Zugang zu Zielgruppen für verhaltensmedizinische Interventionen erfolgt über verschiedene Scoring-Verfahren (Shaper et al., 1986; CERCA, 1999; Zielke et al.,1999).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Angesichts des vorherrschenden Krankheitspanoramas mit einem zunehmenden Anteil chronischer Erkrankungen beobachten wir eine gänzlich unzureichende Anpassung des Medizinsystems an diese Entwicklung. Die wissenschaftlichen, industriellen und politischen Entwicklungen konzentrieren sich fast ausschließlich auf die Akutmedizin. Der medizinische Fortschritt muss jedoch auch Methoden entwickeln, die Entstehung chronischer Erkrankungen maßgeblich zu verringern. Für die Bereich der ischämischen Herzkrankheiten liegen die erforderlichen wissenschaftlichen, klinischen und gesundheitsökonomischen Grundlagen hierfür vor.

Literatur

International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease (1998): Coronary Heart Disease: Reducing the Risk. NMCD, Vol 8, (CERCA).

Schwartz, F.W., Bitzer, E.M., Dörning, H., Grobe, T.G., Krauth, C., Schlaud, M., Schmidt, T., Zielke, M. (1999): Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland - Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Pabst-Verlag, Lengerich.

Shaper, A.G., Pocock, S.J., Phillipis, A.N., Walker, M. (1986): Identifying men with high risk of heart attacks: Strategy for use in general practice. BMJ, 293, 474-479.

Zielke, M., Dehmlow, A., Schmidt, T. (1999): „Mal Hand aufs Herz“. Fragebogen zur Erfassung des Herzinfarktrisikoprofils. GEK, Schwäbisch-Gmünd.

Personalkosten der Patientenschulung in der stationären Asthma-Rehabilitation

Albrecht, M., Krauth, C., Mühlig, C., Schwartz, F.W.

Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Hannover

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation der Rehabilitation von Atemwegserkrankungen wird analysiert, welchen Aufwand die Patientenschulung innerhalb der Rehabilitation einnimmt. Ziel der Untersuchung ist die Berechnung des finanziellen Aufwands für Patientenschulungen als einem zentralen Element der Asthma-Rehabilitation.

Methodik

In die Berechnungen wurden zunächst drei Rehabilitationskliniken einbezogen. Für einen weiteren, sich direkt anschließenden Analyseabschnitt werden zwei weitere Kliniken heran-

gezogen. Die Berechnungen wurden in zwei Varianten durchgeführt: Zunächst erfolgte die Ermittlung der Gesamtschulungskosten pro Schulungsdurchlauf. In einem zweiten Schritt wurde dieser Wert auf die durchschnittliche Anzahl von Patienten pro Schulung verteilt, d.h. es wurden patientenbezogene Kosten berechnet.

Für die Analyse wurden alle in den Kliniken angebotenen Schulungselemente inhaltlich und zeitlich erfasst und in die drei Bereiche Information/Edukation, Verhaltens- sowie Sporttraining eingeteilt, unabhängig davon, ob sie als eigenständige Schulungsmaßnahmen deklariert oder Bestandteil anderer Therapien sind. Der Brutto-Zeitaufwand addiert sich aus dem Schulungsaufwand sowie der Vor- und Nachbereitungszeit, die mittels Fragebögen beim Schulungspersonal erhoben wurde. Für den Ansatz eines Personalkostenwerts wurde ermittelt, welcher Berufsgruppe (Arzt, Psychologe, Krankengymnast, Pflegepersonal) der Schulende angehört.

Für die Ermittlung der Personalkosten wurde aus BAT-Vergütungstabellen der Stundensatz mit dem Zeitaufwand multipliziert. Für die Berechnung wurden folgende Annahmen zugrunde gelegt: Bezahlung nach Tarif, keine Überstundenvergütung und konstante Auslastung. Der Sachmittelaufwand bemisst sich aus dem für die Schulung eingesetzten Unterrichtsmaterial wie z.B. Folien, Dias, Poster, Filme. Anteilige Gemeinkosten sowie der Entwicklungsaufwand für die Schulungselemente müssen zugeschlagen werden. Die Summe ergibt die Gesamtkosten pro Schulungsdurchlauf. Für die patientenbezogene Kostenberechnung wurden die Gesamtkosten auf eine fiktive mittlere Gruppengröße von 8 bzw. 20 Patienten pro Gruppe verteilt.

Ergebnis

Die mittlere Stundenanzahl für das Element Information/Edukation beläuft sich auf vier Stunden, für das Verhaltenstraining auf acht bis zehn Stunden und für das Sporttraining auf 6 bis 15 Stunden. Sofern zusätzliche Module für Allergikerschulung angeboten werden, umfassen diese bis zu vier Module á einer Stunde. Der zusätzliche Vor- und Nachbereitungszeitaufwand wird vom Schulungspersonal mit durchschnittlich 10 bis 15 Minuten persönlicher Vorbereitungszeit angegeben. Die edukativen Schulungen sowie die Verhaltenstrainings werden vornehmlich von ärztlichem Personal oder Psychologen durchgeführt, seltener vom Pflegepersonal, die sportiven Elemente von Krankengymnasten oder Physiotherapeuten. Bei einem Stundensatz zwischen DM 53,- und DM 66,- ergeben sich Personalkosten von DM 240,- für die Edukation/Information bzw. DM 480,- bis DM 600,- für das Verhaltenstraining sowie zwischen DM 240,- und 900,- für das Sporttraining. Damit belaufen sich die Gesamtschulungskosten zwischen DM 960,- und DM 1740,-. Bei den Schulungskosten pro Patient in Abhängigkeit von der Gruppengröße sind erhebliche Differenzen zu erwarten, bedingt durch die jeweilige Belegung in der Klinik durch Asthmatiker. Als durchschnittliche Teilnehmerzahl wurde von den Schulern eine Bandbreite von 8 bis 20 Patienten angegeben, was zu patientenbezogenen Schulungskosten zwischen DM 48,- und DM 218,- führt. Zusätzlicher Schulungsaufwand ergibt sich bei allergischem Asthma und falls der Patient eine Sauerstofftherapie erhält. Eine Zurechnung auf den einzelnen Schulungszyklus ist nur überschlagsweise möglich.

Diskussion

Eine gesicherte Dokumentation seitens der Kliniken über die tatsächlichen Teilnehmerzahlen liegt nicht vor, d.h. es können für weitere Berechnungen nur Schätzungen seitens des Schulungspersonals zugrunde gelegt werden. Zudem hat sich gezeigt, dass es bedingt durch Überschneidungen mit anderen Kursen bzw. Anwendungen Differenzen zwischen Verordnung und wahrgenommenen Terminen gibt. Andererseits bieten die Kliniken fakultative Informations- und Bewegungsangebote an, deren Inanspruchnahme durch die Patienten nicht dokumentiert wird.

Ausblick

In der sich unmittelbar anschließenden Folgeanalyse werden die Patientenschulungsdaten zweier weiterer Rehabilitationskliniken ausgewertet. Zusätzliche Berechnungen werden unter folgenden erweiterten Annahmen durchgeführt: Schulungskosten pro Patient bei mittlerer Teilnehmerzahl von 5 und 15 Patienten sowie bei 75 %iger Anwesenheitsquote seitens der Patienten. Zudem werden grob genäherte Sachkostenbedarfe in die Berechnung eingehen. Auf der Grundlage der verordneten Anwendungen wird in einem zusätzlichen Analyseschritt untersucht, ob der Schweregrad der Erkrankung Einfluss auf den Umfang von Schulungsleistungen hat. Dadurch wird die Durchschnittsbetrachtung um eine patientenindividuelle Analysekomponente ergänzt.

Literatur

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1999): Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ - Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“, DRV-Schriften, Bd. 16, Frankfurt a.M.

Drummond, M.F. et al. (1997): Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 2. Aufl., Oxford University Press, Oxford.

Volmer, T. (1997): Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bei Patientenschulungen, Pneumologie 51, 850-857.

Entwicklung eines Klinik-Informationssystems der BfA - „Berichte zur Qualitätssicherung“ im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung

Beckmann, U., Pallenberg, C., Klosterhuis, H.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Hintergrund

Von der BfA wurde nach den Empfehlungen der „Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ ein Konzept zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation erarbeitet (Müller-Fahrnow, 1993). Dieses Fünf-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung wird seit Januar 1994 schrittweise in allen eigenen Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung sowie in den federführend betreuten Vertragsrehabilitationsreinrichtungen umgesetzt (Schaub et al., 1994). Wesentliche Grundlage des Programms ist der klinikvergleichende Ansatz. Hierfür wird ein umfassendes klinikbezogenes Berichts- und Informationssystem aufgebaut (Egner et al., 1998).

Methodik

Ein wesentlicher Teil des Informationssystems besteht aus der regelmäßigen Ergebnisberichterstattung an die beteiligten Kliniken. Diese „Berichte zur Qualitätssicherung“ können in den Rehabilitationseinrichtungen zur Intensivierung des klinikinternen Qualitätsmanagements genutzt werden und in der Verwaltung der RV-Träger zur Unterstützung der externen Qualitätssicherung. Es wurden Methoden zur Bildung von Gruppen strukturgleicher Einrichtungen entwickelt, die als Grundlage für ein klinikvergleichendes Berichtswesen dienen. Den Rehabilitationskliniken wird damit Informationsmaterial zur Einleitung zielgerichteter qualitätsverbessernder Maßnahmen zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse

Von der BfA werden insgesamt 330 Rehabilitationseinrichtungen im Qualitätssicherungsprogramm betreut, die regelmäßig folgende „Berichte zur Qualitätssicherung“ erhalten:

1. Auswertungsergebnisse der Patientenbefragung
2. Ergebnisse des Peer Review
3. Laufzeit der ärztlichen Entlassungsberichte
4. Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)
5. Rehabilitandenstruktur und Verlauf nach Rehabilitation.

Die Berichte 1. und 2. sind Ergebnisse aus dem RV-einheitlichen Qualitätssicherungsprogramm. Bei den Berichten zu 3. bis 5. handelt es sich um BfA-spezifische Analysen aus den Routinedatenbeständen. Neben den Erläuterungen der Grundstruktur der Berichte werden Hinweise zur Interpretation und Bewertung der Ergebnisse gegeben. Darüber hinaus wer-

den die ersten Erfahrungen (z.B. Feedback der Kliniken) mit dieser Routineberichterstattung dargestellt.

Eine einheitliche Patientenbefragung wird seit April 1999 rentenversicherungsweit durchgeführt. Jede teilnehmende Klinik erhält einen abschließenden Bericht über ihre Stärken und Schwächen im Vergleich zu anderen strukturähnlichen Einrichtungen derselben Indikation. Zusammen mit den Ergebnissen der Patientenbefragung ist das eingesetzte Instrument des Peer-Review-Verfahrens in der Lage, Schwachstellen der derzeitigen Rehabilitationspraxis zu identifizieren. Die erhobenen Daten zu den durchgeführten therapeutischen Leistungen und der Sozialmedizinischen Prognose (Verlauf nach Rehabilitation) geben zusätzliche Informationen über den Rehabilitationsprozess und das längerfristige Rehabilitationsergebnis.

Diskussion

Ziel des Reha-Qualitätssicherungsprogramms ist eine generelle Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, vor allem mehr Ergebnisorientierung und Wirtschaftlichkeit. Durch die Ermittlung und Kontrolle definierter Leistungs- und Qualitätsstandards in der medizinischen Rehabilitation ermöglicht das Qualitätssicherungsprogramm die systematische und auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Planung, Bewertung und Steuerung von Rehabilitationsleistungen. In diesem Zusammenhang bestehen unterschiedliche Anforderungen an diese Berichterstattung seitens der verschiedenen Nutzer, v.a. im Hinblick auf Benennung auffälliger Ergebnisse, Aktualität und Machbarkeit. Eine routinemäßige Rückmeldung aus den Kliniken kann genutzt werden, um diese Erfahrungen in die Weiterentwicklung des Klinik-Informationssystems einzubeziehen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Gerade weil in jüngster Zeit das Thema „Aufwendungen für Reha-Maßnahmen“ in der öffentlichen Diskussion einen bereiten Raum einnahm, sollte seitens der Rentenversicherung die Qualität der Rehabilitationsleistungen - wie mit dem Qualitätssicherungsprogramm beabsichtigt - auch künftig intensiv fortentwickelt werden. Neben den dargestellten Einzelergebnissen wird ein Konzept entwickelt, das einen übergreifenden Vergleich zur Qualität innerhalb einer Gruppe strukturgleicher Kliniken zulässt. Auch das Problem unterschiedlicher Patientenstrukturen innerhalb einer Vergleichsgruppe wird bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen sein.

Literatur

Egner, U., Gerwinn, H., Müller-Fahrnow, W., Schliehe, F. (1998): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation - Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven. Rehabilitation 37 Suppl. 1, 2-7.

Müller-Fahrnow, W. (1993): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 10, 4, 385-388.

Schaub, E., Schliehe, F. (1994): Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 2, 101-109.

Vergleich von Rehabilitationskliniken hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität: Methodische Aspekte

Rehberg, W., Bührlen, B., Gerdes, N., Zwingmann, Ch., Jäckel, W.H.

Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg und Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Die geplante Reform des SGB V sieht vor, dass medizinische Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, um die Ergebnisqualität zu verbessern (Bundesministerium für Gesundheit, 1999a). Der Gesetzgeber intendiert damit ausdrücklich auch einen Vergleich der Arbeit verschiedener Leistungsträger, um so mögliche Qualitätsdefizite zu erkennen und abzustellen (Bundesministerium für Gesundheit, 1999b). Auch die zunehmende Markt- und Konsumentenorientierung des Gesundheitssystems führt zu einem Bedarf nach vergleichenden Informationen über medizinische Leistungserbringer. Methodisch-statistische Entwicklungen zur Lösung dieser Problematik verwenden häufig Ergebnisgrößen (wie Mortalität, Infektions- und Rehospitalisierungsraten), die für die Rehabilitation nur selten hilfreich sind (Normand et al., 1997).

Wenn medizinische Leistungserbringer verglichen und daraus wirtschaftliche oder politische Handlungskonsequenzen abgeleitet werden sollen, muss sichergestellt sein, dass 1. trotz des Fehlens eines Kontroll-Gruppendesigns unterschiedliche Behandlungsergebnisse tatsächlich auf Unterschiede in der Behandlung zurückzuführen sind, und dass 2. die beobachteten Unterschiede auch praktisch relevant sind. Um dies zu gewährleisten, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Validität und Reliabilität der verwendeten Messinstrumente und Erhebungsprozeduren,
- die Problematik der Aggregation von Einzeldimensionen,
- die Berücksichtigung von Confoundern,
- Effekte durch Auswahl von Behandlungszielen sowie
- die Festlegung von Vergleichsstandards.

Um sicherzugehen, dass beobachtete Unterschiede im Ergebnis tatsächlich auf Unterschiede in der medizinischen Intervention zurückzuführen sind, müssen zunächst Validität und Reliabilität der verwendeten Messinstrumente und Erhebungsprozeduren gewährleistet sein. Dass es sich hierbei um keine triviale Forderung handelt, zeigt sich an Verzerrungen, die bei Patientenbefragungen durch Selektionseffekte, Beeinflussung der Antworten durch soziale Erwünschtheit oder auch durch fehlerhafte Zuordnung interessierender Ereignisse (z.B. Diagnosen) entstehen können. Wenn Ergebnisse in mehreren Dimensionen erhoben, aber als zusammengefasste Einzelwerte vermittelt werden sollen, müssen zuverlässige Algorithmen zur Aggregation verwendet werden, die Kenngrößen auch über mehrere Skalen standardisieren oder gewichten (etwa Normierung von Mittelwertdifferenzen durch Streuungsmaße). Je nach Standardisierungs- oder Gewichtungsprozedur können die Ergebnisse differieren. Da außer der Behandlung auch andere Faktoren (z.B. Diagnose, Alter, Geschlecht) das Behandlungsergebnis beeinflussen, muss eine Entscheidung getroffen werden, welche dieser Confounder berücksichtigt werden sollen. Je nach Auswahl der Confo-

under können aber Ergebnisvergleiche unterschiedlich ausfallen. Wenn Behandlungsziele ausgewählt und nur die ausgewählten Variablen bei Vergleichen berücksichtigt werden, kann eine systematisch unterschiedliche Zielauswahl die Vergleiche erschweren.

Neben der Frage nach Validität und Reliabilität von Mess-, Erhebungs- und Verrechungsprozeduren muss entschieden werden, ob beobachtete Ergebnisunterschiede zwischen Leistungserbringern auch praktisch relevant sind. Um diese Entscheidung treffen zu können, müssen entweder absolute oder relative Standards festgelegt werden. Absolute Standards werden von Fachleuten nach empirischen Hinweisen und inhaltlichen Kriterien definiert: „Nur wenn auf einer 10-stufigen Schmerzskala eine Veränderung von einer Skalenstufe erreicht wird, kann man von ausreichender Behandlungsqualität sprechen." Vergleiche zwischen medizinischen Einrichtungen laufen dann auf die Entscheidung hinaus, ob eine Einrichtung den Standard erfüllt oder nicht. Wenn die Festlegung eines absoluten Standards theoretisch oder praktisch nicht möglich ist, muss das Ergebnis jeder Einrichtung mit dem Ergebnis anderer Einrichtungen in Relation gesetzt werden. Denkbar sind hier Rangreihen oder ein Vergleich des Ergebnisses jeder einzelnen Einrichtung mit dem durchschnittlichen Ergebnis einer Vergleichsgruppe. Ein Vergleich mit absoluten Standards kann möglicherweise bestehende Unterschiede zwischen Einrichtungen unberücksichtigt lassen (z.B. wenn alle Einrichtungen den Standard erreichen). Vergleiche mit relativen Standards andererseits lassen keinen Schluss darüber zu, ob eine Einrichtung „wirklich" gut oder schlecht ist.

Vergleiche zwischen Erbringern von Gesundheitsleistungen werden aufgrund von Veränderungen im Gesundheitssystem und auch von Veränderungen im Verhältnis zwischen Gesundheitssystem und Öffentlichkeit in Zukunft noch häufiger gefordert werden. Um diese Vergleiche seriös durchführen zu können, muss man sich den damit verbundenen methodischen Problemen stellen. Wenn die Akteure im Gesundheitswesen sich dem Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit verweigern, werden folgenreiche Informationen zu Ergebnisvergleichen in methodisch unreflektierter Form weiterhin von Publikumsmedien verbreitet werden.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (1999a): Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. Stand: 25. Mai 1999.

Bundesministerium für Gesundheit (1999b): Kommentar zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000.

Normand, S.T., Glickman, M.E., Gatsonis, C.A. (1997): Statistical Methods for Profiling Providers of Medical Care: Issues and Applications, Journal of the American Statistical Association 92, 803-814.

Validierung und Verdichtung des Assessments „Ergebnisqualität“ der LVA Württemberg

Eisele, R. (1), Rösch, M. (1), Muche, R. (2), Kaluscha, R. (1), Jacobi, E. (1)

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität, Ulm, (2) Abteilung Biometrie und Medizinische Dokumentation der Universität, Ulm

Einleitung

Aufgrund steigender Kosten und kritischerer Betrachtung von medizinischen Leistungen wird die Qualitätssicherung immer mehr als Rechtfertigung für die Effizienz der medizinischen Rehabilitation herangezogen. Bei der Erfolgsmessung in der medizinischen Rehabilitation ist neben dem medizinischen, funktionalen und psychosozialen Ergebnis auch die Zufriedenheit der Patienten zu berücksichtigen (Jäckel et al., 1996). Die LVA Württemberg hat dem Aspekt der Ergebnisqualität dabei besondere Bedeutung beigemessen (Aigner, 1996). Die Messung der Qualität erfolgt daher vor allem anhand von Fragebögen, welche von Patient und Arzt am Anfang und am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes auszufüllen sind und relevante Fragen zu somatischen, psychosozialen und arbeitsmedizinischen Dimensionen enthalten (Jacobi et al., 1997). Von den erhobenen Fragen fließen bisher routinemäßig nur eine geringe Anzahl von Items in eine ORACLE-Datenbank, das sogenannte „Patientenkonto“ (2,4) und sind der statistischen Auswertung zugänglich. Zudem fällt auf, dass einige Patienten ihre Fragebögen nur unvollständig ausgefüllt beziehungsweise gar nicht abgegeben haben. Ursachen hierfür könnten der relativ hohe Zeitaufwand für das Ausfüllen, Verständnisprobleme durch vielleicht zu komplizierte Fragestellungen, Sprachprobleme und die Angst sein, „falsche“ Antworten könnten die Wiedereingliederung ins Berufsleben oder eine erhoffte Berentung gefährden.

Zielsetzung

Zielsetzung dieser Untersuchung ist es, diejenigen Fragen des Patientenfragebogens zur Qualitätssicherung, die aus medizinischer ebenso wie aus statistischer Sicht nicht relevant erscheinen, aus dem Fragebogen herauszunehmen sowie mehrere Fragen innerhalb einer Dimension wenn möglich sinnvoll zusammenzufassen und missverständliche Fragen zu vereinfachen. Dadurch soll der Qualitätssicherungsbogen der LVA Württemberg auf ein Maß von Items reduziert werden, welche schließlich alle routinemäßig in das Patientenkonto einfließen können. Zusätzlich soll durch diesen erneuerten Fragebogen das Beantworten für die Patienten erleichtert und somit die Motivation, die Bögen vollständig ausgefüllt abzugeben, erhöht werden.

Daten

Um die obengenannte Fragestellung anzugehen, wurde eine Stichprobe erhoben. Zur Auswertung kamen die abgegebenen Qualitätssicherungsfragebögen von Patienten der LVA Württemberg mit Erkrankungen des Bewegungsapparates, welche innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten in der Rheumaklinik Bad Wurzach stationär behandelt wurden. Die Informationen aus den Fragebögen wurden mit den entsprechenden soziodemographischen, administrativen und medizinischen Daten der Patienten aus dem Patientenkonto ergänzt.

Insgesamt gingen die Fragebögen von 363 Patienten in die Untersuchung ein, 74 % der Patienten waren männlich, 26 % weiblich. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 48 Jahre. Bei 71 % der Patienten lag als Hauptdiagnose eine Dorsopathie vor. Zur weiteren Beschreibung wurden 6 Items, die ins Patientenkonto fließen als Mittelwert±Standardabweichung dargestellt: Auf einer 6 stufigen Ratingskala (Schulnotensystem) wurden der aktuelle Wert und der Zielwert am Anfang der Rehamaßnahme sowie der erreichte Wert bei Entlassung jeweils von Arzt und Patient beurteilt (Tab.1).

	Arzt	**Patient**
Aktueller Wert (Anfang Reha)	4,1±0,59	4,6±0,98
Zielwert (Anfang Reha)	2,9±0,43	2,2±1,02
Erreichter Wert (Ende Reha)	3,0±0,58	3,5±1,14

60 % der Patienten wurden arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen, während 40 % nicht arbeitsfähig waren.

Methodik

Anhand medizinisch, inhaltlicher Überlegungen und geeigneter statistischer Verfahren soll mit Hilfe dieser Daten der Qualitätssicherungsfragebogen der LVA Württemberg zur leichteren und effizienteren Handhabung für den Patienten weiterentwickelt werden. Dazu werden zur Itemverdichtung faktorenanalytische Methoden sowie zur Untersuchung der Prognosemöglichkeiten der Items regressionsanalytische Methoden eingesetzt.

Literatur

Aigner, J. (1996): Untersuchungen zum Qualitätssicherungsprogramm der LVA-Württemberg. Prüfung zweier Dokumentationsinstrumente der Qualitätssicherung auf ihre Reliabilität. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Ulm, Ulm.

Flierl, S., Jacobi, E., Alt, B. (1999): Ein klinisches Reharegister als Grundlage der Ergebnisqualität. DRV-Schriften, Band 12, 109-111.

Jacobi, E., Alt, B., Schulte, R.M. (1999): Datenbankorientierte Arztbriefschreibung als Grundlage der Ergebnisqualität in der Rehabilitationsmedizin, Rehabilitation, 38, 154-159.

Jacobi, E., Gaus, W. (1997): Abschlußbericht an die Landesversicherungsanstalt Württemberg über das Forschungsprojekt „Entwicklung eines Patientenkontos als Basis für die Rehabilitationsforschung“, Ulm.

Jäckel, W.H., Beyer, W.F., Droste, U., Engel, M., Genth, E., Pott, H.G., Schmidt, K.L. (1996): Memorandum zur Lage und Entwicklung der Rehabilitation bei Rheumakranken. Z f Rheumatologie, 55, 410-422.

Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation als Methode zur Steigerung von Prozess- und Ergebnisqualität: Überlegungen am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation

Schott, T., Iseringhausen, O., vom Orde, A., Badura, B.

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Gegenstand und Fragestellung

Die medizinische Rehabilitation steht vor zumindest zwei Herausforderungen: Einer auf die individuellen Bedürfnisse und die gesundheitliche Situation des Patienten abgestimmten Leistungserstellung und eines Nachweises der Wirksamkeit der erbrachten Maßnahmen. Die Leistungserstellung und ihre wissenschaftliche Evaluation in der medizinischen Rehabilitation sind aus zumindest zwei Gründen eine herausfordernde Aufgabenstellung. Als erstes sind der Anspruch der Ganzheitlichkeit und die Vielfalt der medizinischen, psychologischen und sozialen Ziele sowie die hohe Komplexität des Leistungsgeschehens zu nennen. Ein weiteres Stichwort ist die zeitliche Perspektive der medizinischen Rehabilitation. Eine Ergebnisevaluation und damit Bewertung der Leistungen und Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation kann nur in einem längerfristigen Zeithorizont und unter einer ganzheitlichen Perspektive angesiedelt sein.

Zielorientierte Diagnostik und Patientensteuerung und - darauf aufbauend - eine an diesen individuellen Zielen orientierte Ergebnisevaluation scheinen die Methoden der Wahl zu sein, sowohl zur Steigerung der Prozessqualität aber auch zur Steigerung der Aussagefähigkeit der Evaluationsergebnisse (Weidemann et al., 1999). Die medizinische Rehabilitation begibt sich damit aber gleichzeitig in die Gefahr einer Abhängigkeit von einer eigenen Rationalität eines Sets an leicht operationalisierbaren Zielparametern, der Herauspartialisierung von zu „behandelnden Problemen" bzw. „zu behandelnden Patienten" und damit in die Gefahr des Verlustes ihres Anspruchs auf „Ganzheitlichkeit". Ihre Legitimation gegenüber der Akutmedizin schwindet.

An einer anfallenden Stichprobe von ca. 1000 Teilnehmern und Teilnehmerinnen einer kardiologischen Rehabilitation soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. In welchem Zusammenhang stehen Reha-Ziele und die darauf bezogenen Messwerte zu Beginn der Maßnahme (Eingangsdiagnostik)?
2. Wie verändern sich Kenngrößen der Ergebnisqualität in Abhängigkeit von der einbezogenen Teilstichprobe?
3. Lassen sich daraus Rückschlüsse auf die Qualität der kardiologischen Rehabilitation ziehen?

Methodik

Die Ergebnisse basieren auf einer prospektiven Längsschnittstudie über 4 Messzeitpunke zur Evaluation der kardiologischen Rehabilitation in Deutschland (N>1000, ca. 70 % AHB u. 30 % allg. Heilverfahren). Die Studie ist gefördert von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen. Berichtet werden im folgenden Ergebnisse der ersten drei Messzeitpunkte. Die Erhebung der individuellen Reha-Ziele erfolgte über ein

Goal-Attainment-Scaling, die Interpretation der Veränderung der Zielparameter geschieht mit Hilfe der Berechnung von Effektgrößen (Kazis et al., 1989) sowie einem mit Hilfe von Leitlinien einschlägiger Fachgesellschaften erstellten Zielerreichungsranking.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass - über die gesamte Stichprobe gerechnet - die Mehrheit der Patienten zu Beginn der Maßnahme hinsichtlich der zentralen Zielparameter der kardiologischen Rehabilitation und bewertet anhand der T1-Meßwerte nur eine gering ausgeprägte Risikokonstellation aufweist. Auch zwischen den individuellen Reha-Zielen und den darauf bezogenen Messwerten besteht nur ein schwacher, direkter Zusammenhang. Entsprechend gering fallen damit auch die Effektgrößen aus. Gesteigert werden können diese nur, wenn die den Berechnungen zugrunde liegende Teilstichprobe auf eine “Hoch-Risiko-Gruppe” (ca. 20 % der Ausgangsstichprobe) reduziert wird.

Diskussion

Es zeigt sich, dass KHK-Patienten - insbesondere AHB-Patienten - mittlerweile bereits in der Akutversorgung eine Behandlung erfahren, die die Symptomatik der Krankheit lindert oder beseitigt sowie die körperliche Leistungsfähigkeit und die psychische Befindlichkeit stabilisiert. Damit werden jedoch längerfristige und kausal begründete Rehabilitationsziele auch für jene Patientengruppen nicht obsolet, die schon nach einer erfolgreichen Akutbehandlung eine gering ausgeprägte Symptomatik oder ein niedriges Risikofaktorenprofil ausweisen. Wesentliche Interventionen der kardiologischen Akutbehandlung sind nicht kausal auf die Behandlung der Grunderkrankung hin ausgerichtet, sondern eher als Palliativmaßnahmen zu werten und können damit eine medizinische Rehabilitation nicht ersetzen (Benesch, 1996). Eine individuelle Zielorientierung der Maßnahmen der Rehabilitation zur Steigerung der Prozessqualität muss sich auch weiterhin am Anspruch der Kausalität und Ganzheitlichkeit messen lassen. Eine Beurteilung der Ergebnisqualität hat dies zu berücksichtigen und kann nur sehr bedingt auf der Basis der zu Beginn der Reha-Maßnahme erhobenen Parameter erfolgen.

Literatur

Benesch, L. (1996): Kardiologische Rehabilitation: Eine Standortbestimmung. In: Schott, T. et al. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Weinheim u. München, 91-99.

Kazis, L.E., Anderson, J.J., Meenan, R.F. (1989): Effect Sizes for interpreting chances in health status. In: Medical Care Vol.27/3 Supplement, pp. 178-189.

Weidemann, H. et al., (1999): Ergebnisse der stationären Rehabilitation von Herzkranken im Rahmen einer prospektiven, therapiezielorientierten Studie (PROTOS-Studie) zur Messung von kurz-, mittel- und längerfristigen Reha-Effekten mit validierten Untersuchungsinstrumenten. In: Perfusion 4/99, 162-168.

Vergleich der Strukturqualität in Einrichtungen ambulant/teilstationärer und stationärer orthopädischer Rehabilitation

Dietsche, S., Bürger, W., Morfeld, M., Mathiszig, S., Koch, U.

Arbeitsgruppe Rehaforschung, Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

Die Frage nach qualitätsrelevanten Strukturmerkmalen von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wird zur Zeit - auch im Zuge des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger – kontrovers diskutiert. Erörtert wird dabei sowohl die Auswahl von aussagekräftigen Variablen der Strukturqualität, als auch die Bedeutung dieser Variablen und damit der Strukturqualität für die Ergebnisqualität.

Besonders im Bereich der ambulanten/teilstationären Rehabilitation, der zunehmend an Bedeutung gewinnt, gibt es kaum Studien zur Strukturqualität.

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen der „Empfehlungsvereinbarung über die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben zur ambulanten/teilstationären medizinischen Rehabilitation in Wohnortnähe“ wird eine Studie durchgeführt, in welcher von Einrichtungen verschiedener Angebotsformen umfangreiche Daten zur Strukturqualität erhoben wurden. Von 2 ambulanten/teilstationären Einrichtungen und 4 stationären Reha-Kliniken (von denen 3 auch teilstationäre Angebote vorhalten) liegen entsprechende Daten vor, die mit einer leicht abgewandelten Strukturdokumentation und einem Bogen zu Konzeptmerkmalen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung erhoben wurden.

Die dadurch vorliegenden Daten betreffen Hausmerkmale, Personalschlüssel, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, häufige Diagnosen sowie interne und externe Vernetzung. Ergänzend wurden in den Einrichtungen teilstrukturierte Interviews durchgeführt.

Das Design der Studie ermöglicht die Bearbeitung verschiedener Fragestellungen. Zunächst kann deskriptiv kontrolliert werden, inwieweit sich die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Settings auch in Variablen der Strukturqualität niederschlägt. Damit einhergehend ist zu überlegen, ob für verschiedene Settings die selben Variablen in der Lage sind, Strukturqualität angemessen zu erfassen. Häufigkeit und Interdisziplinarität der Besprechungen als Variablen der internen Vernetzung z.B. sind nicht unmittelbar als Vergleichsvariablen zwischen verschiedenen Settings geeignet, da in den – kleineren – ambulanten/teilstationären Einrichtungen der informelle Austausch i.d.R. eine größere Bedeutung hat.

Untersucht wird auch, inwieweit orthopädische Einrichtungen verschiedener Angebotsformen verschiedene Standards orthopädischer Rehabilitation erfüllen, z.B. die Richtlinien für AOTR oder EAP.

Ergebnisse

In den – noch nicht abgeschlossenen – Auswertungen zeichnen sich folgende Ergebnisse ab:

Erwartungsgemäß finden sich – teilweise deutliche – Unterschiede, sowohl im Vergleich der Einrichtungen untereinander, als auch im Vergleich der Einrichtungen mit orthopädischen Standards. Es sind aber nicht in jedem Fall die ambulanten/teilstationären Einrichtungen, die hinter den stationären zurückstehen. Im Bereich der apparativen Diagnostik haben stationäre Einrichtungen Vorteile. Im Vergleich der Personalschlüssel für einige Berufsgruppen gibt es aber stationäre Einrichtungen, bei denen einige Werte hinter denen der ambulanten/teilstationären Einrichtungen zurückbleiben. Auch die Standards orthopädischer Rehabilitation werden in unterschiedlichem Maß erfüllt.

Deutlich geworden ist in den bisherigen Auswertungen auch die Schwierigkeit, für teilstationäre Angebote in einer hauptsächlich stationären Einrichtung Aussagen zur Strukturqualität zu machen. Diese Angebote haben meist keine eigens zugewiesenen Ressourcen, sondern werden bezüglich räumlicher, gerätetechnischer und personeller Ausstattung in den normalen stationären Ablauf integriert.

Diskussion und Ausblick

Entscheidender als der unmittelbare Vergleich verschiedener Einrichtungstypen ist die Frage, inwieweit Merkmale der Strukturqualität der unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten gerecht werden, da ambulante/teilstationäre Angebote nicht nur als Konkurrenzangebot eingeführt werden, sondern eben auch als Ergänzung gedacht sind. In den weiteren Auswertungen ist daher zu kontrollieren, inwieweit die verschiedenen Rehabilitationsformen von ihrer Konzeption her auf die jeweilige Patienten-Zusammensetzung zugeschnitten sind.

Literatur

Bürger, W., Koch, U. (1997): Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation. Zur Struktur- und Prozessqualität der Zentren. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2, 97-106.

Koch, U., Bürger, W. (1996): Ambulante Rehabilitation. Ziele Voraussetzungen und Angebotsstruktur. Bonn: Schriftenreihe zum Gesundheits- und Sozialwesen IV des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenkassen e.V.

Visitationen als Methode der Qualitätssicherung in der „Erweiterten Ambulanten Physiotherapie"?

Kainz, B. (1), Gülich, M. (2), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen, (2) Universitätsklinikum Freiburg, Abt. für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg

In einer Reihe von Studien wurde in den letzten Jahren die Struktur- und die Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit in ambulanten Einrichtungen bewertet (Badura et al., 1995; Gülich et al., 1999; Wolf et al., 1999). Wenig Aufmerksamkeit wurde dabei der internen Organisations- und Prozessstruktur und ihrem Einfluss auf die Ergebnisqualität geschenkt.

Das Therapiekonzept der „Erweiterten Ambulanten Physiotherapie" (EAP) fordert auf Grund der interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen ein hohes Maß an Organisationsaufwand. Eine optimale Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb der Einrichtung kann erheblich zum Erfolg der medizinisch-therapeutischen Intervention beitragen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eines von der AOK Baden-Württemberg durchgeführten Modellvorhabens zur EAP für den Bereich Orthopädie / Traumatologie wurden in 15 zufällig ausgewählten Einrichtungen Visitationen durchgeführt. Ziel war es, neben der Überprüfung der schriftlich erfassten Strukturqualität, Einblicke in interne Organisationsstrukturen, Kommunikationsprozesse, Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die externe Vernetzung der jeweiligen Einrichtung zu erhalten.

Für die Visitationen wurden eine Checkliste für die Begehung und ein Fragenkatalog, der sich am Ablauf der EAP orientiert, entwickelt und erprobt. Die halbstrukturiertenleitfadenorientierten Interviews wurden mit der Geschäftsführung und dem/der leitende(n) Physiotherapeut/in oder der angestellte(n) bzw. kooperierende(n) Reha-Arzt/Ärztin durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Zeugnisse der Mitarbeiter/innen und drei Patientenakten eingesehen.

Der Vergleich der Auswertungsergebnisse der Checklisten / Interviews mit der Strukturerhebung zeigt, dass sich die Angaben zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung im wesentlichen decken und den geforderten Mindeststandard erfüllen. Der Organisationsablauf, die interne und externe Vernetzung wurden dagegen mit der schriftlichen Strukturerhebung nur unzureichend erfasst. Vor Ort zeigten sich aber gerade in diesem Bereich in einigen Zentren deutliche Defizite:

- Vor allem in kleineren Einrichtungen mangelt es teilweise an betriebswirtschaftlichem Wissen bzw. es wird nicht mit den therapeutischen Zielen vernetzt.
- Behandlungskonzepte werden häufig mit dem Hinweis auf einen eindeutigen Versorgungsauftrag als überflüssig abgetan.
- Es fehlen feste Kommunikationsstrukturen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit die z.B. regelmäßige berufsübergreifende Besprechungen festschreiben. Die Ergebnisse der Besprechungen werden nicht dokumentiert.
- Eine Kooperation zwischen Hausarzt / Facharzt und Therapiezentrum findet nur ungeregelt statt.
- Die Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechen nicht dem in der stationären Rehabilitation etablierten Standard.

Viele der ambulanten Therapieeinrichtungen haben sich in den letzten Jahren auf die Erfüllung der geforderten Strukturqualität, die sich auf relativ hohem Niveau bewegt, konzentriert. In Zukunft sollten darüber hinaus auch weitere Programme zum internen Qualitätsmanagement umgesetzt werden.

Die Bundesregierung legt in ihrem neuen Gesetzesentwurf die Verpflichtung zur Qualitätssicherung auch in ambulanten Therapieeinrichtungen (SGB V § 137 d) ausdrücklich fest. Bislang bestehen jedoch für den Bereich der EAP weder eindeutige Richtlinien noch Verfahren und Maßnahmen zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung. Gefragt sind hier quali-

tätsorientierte Konzepte und Prozesse, die in der Organisationsstruktur festgelegt und mittels eines internen Qualitätsmanagements umgesetzt werden können. Eine stichprobenhafte Überprüfung durch Visitationen erscheint dabei als eine sinnvolle Ergänzung.

Literatur

Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, T. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim, Juventa.

Gülich, M., Jäckel, W.H. (1999): Die Patientensichtweise in der ambulanten / traumatologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation; 38 Suppl. 1, 52-60.

Wolf, N., Törne, I., Weber-Falkensammler, H. (1999): Evaluation der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation der Ersatzkassen. Ein Vergleich mit der stationären Rehabilitation. Die Rehabilitation; 38 Suppl. 1, 44-51.

Standardkatamnese in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Broda, M. (1), Dinger-Broda, A. (2), Klinkenberg, N. (1)

(1) Park Klinik, Bad Bergzabern, (2) Praxisgemeinschaft Psychotherapie, Bad Bergzabern

Katamnesen haben in der psychosomatischen Rehabilitation eine kurze, aber wegweisende Tradition. In den vergangenen Jahren wurden einige großangelegte Katamnesestudien publiziert, die die Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Heilverfahren untersuchten. Schmidt (1991) belegte in seiner Zauberbergstudie die Wirksamkeit tiefenpsychologisch ausgerichteter Therapie, Zielke (1993) untersuchte bei BKK-Versicherten den Nutzen einer verhaltensmedizinischen Behandlung. Broda et al. (1996) wiesen in einer Studie mit gewerblichen Arbeitnehmern langfristige Effekte einer stationären Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung nach. Solche Studien sind nur mit erheblichen finanziellen Mitteln und hohem Arbeitsaufwand durchzuführen. Daher stellt sich die Aufgabe, zur Überprüfung von Heilerfolgen in der täglichen Klinikroutine ein Instrument zu entwickeln, das ohne Einsatz von Forschungsmitteln einen Überblick über die Erfolgsraten stationärer Psychotherapie erlaubt.

Im vorliegenden Beitrag wird ein Standard-Katamnese-Fragebogen vorgestellt, der therapieschulenunabhängig, störungsübergreifend und settingunabhängig zur Nachbefragung behandelter Patienten eingesetzt werden kann. Aus dem Datenpool einer abgeschlossenen Katamnesestudie werden Items identifiziert, die einen starken Zusammenhang zu Messinstrumenten psychischer und physischer Gesundheit (GBB, BSI) sowie einem Maß zur Erfassung gesundheitsförderlicher Ressourcen (SOC) aufweisen. In Ergänzung dazu werden Items ausgewählt, die einen Therapieerfolg hinsichtlich wichtiger Variablen des Gesundheitsverhaltens vorhersagen können. Die Itemselektion erfolgte mit Hilfe von Korrelations- und Diskriminanzanalysen. Dieser unter empirischen Gesichtspunkten ausgewählte Datenpool wird durch Items ergänzt, die nach inhaltlichen Plausibilitätskriterien konstruiert werden.

Durch die beschriebene Methodik wurden Fragen zu folgenden Bereichen als aussagekräftige Parameter zur Erfolgsbewertung einer stationären Psychotherapie bzw. einer psychosomatischen Rehabilitation ausgewählt: Gesamtbewertung des Aufenthaltes, Gesamtbewertung Gesundheitszustand, Optimismus Gesundheit, Optimismus Privatbereich, Optimismus Beruf, Umgang mit Belastungen, Umsetzen von Therapieschritten, Ausbau sozialer Kontakte, Unterstützung durch Freunde, Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit, Veränderung der Arbeitsbelastung, Häufigkeit der Einnahme von Tranquilizern.

Diskutiert werden die Vorteile und Probleme einer subjektiven Erfolgseinschätzung sowie mögliche Alternativen einer routinemäßigen Nachbefragung von stationär behandelten Patienten. Die Praktikabilität einer Standardkatamneseerhebung im klinischen Alltag muss dabei wichtiges Kriterium sein. In Zeiten größerer Verteilungskämpfe und knapperer Ressourcen der Sozialversicherungssysteme geht aber kein Weg vorbei an einer Qualitätssiche-

rung, die nicht nur Daten des Klinikaufenthaltes, sondern auch Angaben über die weitere Entwicklung des Gesundheitszustands nach Behandlungsende berücksichtigt.

Literatur

Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A., Massing, H. (1996): Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern. Berlin: Westkreuz-Verlag.

Schmidt, J. (1991): Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt: VAS.

Zielke, M. (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: PVU.

Wirkfaktoren in der stationären Kurzzeitbehandlung

Ossowsky, G.

Rheingau-Taunus-Klinik, Bad Schwalbach

In den letzten Jahren gibt es zahlreiche Versuche, Kurzzeittherapien zu optimieren und den Erfordernissen der modernen REHA anzupassen (Henning et al., 1996). In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, welche Gewichtung die Patienten verschiedenen Wirkfaktoren in einer tiefenpsychologisch fundierten stationären Kurzzeittherapie zuschreiben. Es werden die von Petzold (1993) benannten 14 „healing factors" vorgegeben, die er als Grundlage für seine IFK (integrative fokale Kurzzeittherapie) benutzt. [Schaubild 1]. Es handelt sich dabei nicht um Einzelbausteine, die nach Belieben zusammengefügt werden können, sondern eher um Schwerpunktsetzungen in einem Therapieprozess, in dem verschiedene „Figuren" vor einem lebensgeschichtlichen und gruppendynamischen Hintergrund auftauchen, in diesen eingebettet sind und aus diesem heraus verstanden werden (Märtens et al., 1998).

Sämtliche 119 Frauen und 43 Männer, die im Zeitraum Juni bis August 96 in unsere psychosomatische Abteilung aufgenommen wurden, erhielten zum Ende der Therapie sowie 1 und 2 Jahre danach einen Fragebogen, auf dem sie die u.g. Faktoren danach beurteilen konnten, wie wichtig ihnen diese in ihrer Therapie erschienen. Daneben wurde die Zufriedenheit mit den verschiedenen Therapieangeboten und der subjektive Erfolg der Behandlung erhoben. Ferner wurde gefragt, welche Veränderungen nach der Therapie in die Tat umgesetzt wurden. Diese wurden dann den Wirkfaktoren zugeordnet.

Die Patienten sind in „halboffenen" Gruppen von ca. 10 Patienten nach dem Zufallsprinzip zusammengefasst. Im Zeitraum von normalerweise 6 Wochen finden wöchentlich dreimal 90-minütige Gruppenpsychotherapie, zweimal wöchentlich 90-minütige Gestaltungstherapie sowie zweimal wöchentlich 60-minütige konzentrative Bewegungstherapie statt. Entspannungsverfahren und zusätzliche Einzelgespräche sind freiwillig.

Das Durchschnittsalter lag bei den Männern bei 48,6 Jahren, bei den Frauen bei 45,9 Jahren. Hauptdiagnosen waren depr. Reaktionen (ca. 30 %), neurotische Depressionen ca. 40 %) sowie fkt.Störungen psychischen Ursprungs (ca. 25 %). Der Rest verteilt sich auf unterschiedliche Krankheitsbilder. Der Gesundheitszustand bessert sich im Schnitt von ca.

„4,5" (auf einer „Schulnotenskala") auf etwa „3" und bleibt im Verlauf von 2 Jahren nahezu konstant.

Die wichtigsten Wirkfaktoren sind die „Grundvariablen" Verständnis und emotionale Stütze, gefolgt von der Verbesserung der Beziehung zum Körper. Der nächst wichtige Faktor ist die Förderung der Identität. Zukunftsperspektive scheint Männern wichtiger als Frauen zu sein. Solidaritätserfahrung und praktische Lebenshilfe werden als wenig nennenswert angesehen, ebenso wie die Förderung von Kontaktfähigkeit, eigener Interessen und kreativer Gestaltung. Als deutlich weniger bzw. ganz unwichtig werden die „außertherapeutischen" Erfahrungsbereiche gesehen, vor allem der Bereich Einsicht und Beziehungszusammenhänge, ferner die Beschäftigung mit Werten. Tanz ist bei Männern deutlich weniger wichtig als bei Frauen. Gespräche mit Mitpatienten außerhalb des therapeutischen Rahmens werden zwar intensiv genutzt, aber als tendenziell weniger wichtig angesehen. Naturerleben wird ebenfalls für nicht besonders erwähnenswert gehalten.

Schaubild 1: Wirkfaktoren nach Petzold

Verständnis:	Einfühlendes Verstehen des Therapeuten
Stütze:	Emotionale Aufnahme und Stütze durch den Therapeuten
Lebenshilfe:	Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung
Emotionaler Ausdruck:	Förderung des emotionalen Ausdrucks
Einsicht:	Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung
Kontakt:	Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
Leib:	Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
Interessen:	Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
Gestaltung:	Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
Zukunft:	Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
Werte:	Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs
Identität:	Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
Soziales Netz:	Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
Solidarität:	Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen
Zu diesen therapeutischen Wrikfaktoren wurden noch 4 weitere hinzugenommen, die zwar nicht zu den „professionellen“ Variablen zählen, im Erlebnisbereich des Klinikaufenthaltes jedoch ebenfalls eine Rolle spielen.	
Tanz:	Freizeitgestaltung „aktiv“ (z.B. Tanz)
Natur:	Freizeitgestaltung „rezeptiv“ (z.B. Natur, Spaziergänge)
Gespräche:	Persönliche Beziehungen zu Mitpatienten (intensive Gespräche)
„Kurschatten“:	Persönliche Beziehungen zu Mitpatienten (intensivere Beziehungen)

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass die Patienten die inhaltliche Veränderung der Schwerpunktsetzung einer Kur vom „klassischen Erholungssetting" zum anspruchsvolleren therapeutischen Angebot als gewinnbringender erleben und dieses auch weitgehend nutzen. Der wichtigste Faktor ist die in allen Therapierichtungen als zentral betrachtete Grundvariable der „positiven Beziehung zum Therapeuten". Daneben liegt der Schwerpunkt auf „Problemfokussierung", während allgemeine Erlebniserweiterung und Hinwendung zu kreativen Potenzialen für die Patienten eine eher untergeordnete Rolle zu spielen scheint.

Dieses Ergebnis entspricht den neueren Ansätzen von Fokaltherapien (Henning et al., 1996), wobei Gefahr besteht, dass die im Leben oft nicht mehr ausreichend vorkommende Entdecker- und Experimentierfreude auch in der Therapie zu kurz kommt und damit ein wichtiges Feld der Erweiterung des Erlebenshorizonts preisgegeben wird. Bereiche wie „konkrete Lebenshilfe" werden ebenfalls als nicht so wichtig angesehen, da zum einen die Patienten meist sozial gut integriert sind. Zum einen zeigt sich, dass die Patienten meist eigene Lösungen finden, wenn sie den (biografischen) Hintergrund ihrer Problematik verstanden haben. Zum anderen lösen regressive Elemente bei den meisten Patienten eher Unsicherheit aus, wobei der Faktor der kurzen Zeit (6 bis 10 Wochen) zusätzlich eine gravierende Rolle spielt, so dass die Ausarbeitung des in der stat. Behandlung begonnenen in einer ambulanten Fortführung der Therapie besser aufgehoben ist.

Längerfristige Veränderungen nach der Therapie werden vorwiegend im Bereich der „Werte" (sich selbst wichtiger zu nehmen) vorgenommen. Männer achten mehr auf ihren Körper sowie auf ihre Gefühle, während Frauen sich eher um die Bereiche „soziales Netz" und „Identitätserleben" kümmern. Ferner geht es Frauen auch um mehr „Einsicht und Sinnerleben" (akzeptiere meine Grenzen besser) sowie um „Zukunftsperspektive". Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das bisherige Leben und die jeweils eingenommene Rolle hinterfragt und „fehlende Anteile" eingebaut und integriert werden.

Literatur

Henning et al. (Hrsg.) (1996): Kurzzeittherapie in Theorie und Praxis. Papst, Lengerich.

Märtens, Petzold (1/1998): Wer oder was wirkt in der Psychotherapie?. Integrative Therapie.

Petzold (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie. In Petzold/Sieper (Hrg.) Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn.

Tschuschke (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie, V&R, Göttingen.

Ein neues Behandlungskonzept bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch: Diagnostik, Therapie, Frühintervention

Schuhler, P., Jahrreiss, R., Baumeister, H., Wagner, A.

Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen

Problemstellung

In der Bundesrepublik existiert zwar ein gut ausgebautes Behandlungs- und Nachsorgesystem für manifest Abhängige (Arend, 1994; Petry, 1996) – für die sehr große Gruppe der Menschen, die zu den sogenannten Risikotrinkern oder den problematischen Medikamentenkonsumenten gehören, lagen jedoch bislang keine gezielten und überprüften Therapie- oder Beratungsangebote vor.

Untersuchungsziel

Im Zentrum stand die Entwicklung und Überprüfung sowohl diagnostischer Instrumente als auch eines neuen Behandlungskonzepts für psychosomatisch Kranke mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (Einzel- und Gruppensetting) auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer

Grundlage. Das therapeutische Programm umfasst in der aktuellen Fassung (Schuhler et al., 1999) auf der Grundlage eines interaktiven Stressbewältigungsmodells psychoedukative und erlebnisaktivierende Methoden, Narrative und Imaginationen als nichtkonfrontative Motivierungsstrategien sowie Verhaltenstrainingselemente. Im Mittelpunkt steht die Einsichtsentwicklung in die Dienstfunktion des Suchtmittels zur Alltagsbewältigung und der Aufbau von alternativen Stressbewältigungsstrategien. Grundlage sind die Ergebnisse eines zweijährigen Forschungsprojekts (Schuhler et al., 1996), das von der LVA Rheinland-Pfalz gefördert wurde.

Untersuchungsplan

Das Untersuchungsdesign bot durch Kontrollgruppenpläne (Wartekontrollgruppe, Retesteffektkontrollgruppe) die Möglichkeit, die Wirksamkeit des neuen Behandlungsangebots abzuschätzen. Außer Pre-Post-Untersuchungen bei Klinikeintritt bzw. –entlassung wurden Einjahreskatamnesen durchgeführt und die AU-Zeiten ermittelt.

Ergebnisse

Ein Kurzfragebogen zur differentialdiagnostischen Abklärung zwischen unauffälligem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit (Schuhler et al., 1999) wurde entwickelt, sowie - auf qualitativ-inhaltsanalytischer Grundlage – ein Interviewleitfaden zur diagnostischen Gesprächsführung. Der Fragebogen wurde 219 Personen vorgelegt (93 Patienten der Abhängigkeitsabteilung, 38 Patienten der psychosomatischen Abteilung mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, 88 Personen ohne kritischen Konsum). Die Analyse erbrachte gute Item- und Skalenwerte (mittlere Item-Schwierigkeit: 0,33; mittlere Trennschärfe: 0,87; interne Konsistenz: 0,94).

An der Evaluationsstudie nahmen 91 psychosomatisch gestörte Patienten mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch teil:

1. Mittelwertdifferenzen der Wartekontrollgruppe (Mittelwerte drei Monate vor Klinikeintritt minus Mittelwerte bei Klinikaufnahme) und der Experimentalgruppe (Mittelwerte bei Klinikaufnahme minus Mittelwerte bei Klinikentlassung) weisen in allen suchtmittelbezogenen Fragebögen keine bedeutsamen Veränderungen in der Wartegruppe auf, gegenüber signifikanten Veränderungen nach Programmdurchlauf in der Experimentalgruppe.
2. Das neue Programm zeigt im Vergleich mit dem herkömmlichen Behandlungsprogramm signifikant günstigere Effekte hinsichtlich subjektiven Missbrauchsverständnisses (neues Programm: MW 8.05 vs. herkömmliches Programm: MW 5,73), des Problembewusstseins hinsichtlich Suchtmitteleinnahme (MW 88,17 vs. MW 65,13), dem relevantem Wissen über suchtmittelbezogene Zusammenhänge (MW 1,06 vs. MW 1,66).
3. Werden Patienten mit weniger erfolgreichem und erfolgreichem Therapieverlauf miteinander verglichen (Erfolgskriterien: Veränderung der Krankheitseinsicht, Problembewusstsein und Problemakzeptanz hinsichtlich Alkohol- und Medikamentenkonsum, Depressivität, körperlichem Beschwerdedruck. Zielmarke = Erreichen der Mittelwerte der unauffälligen Vergleichsgruppen in mindestens drei Bereichen), so äußern erfolgreiche Patienten von Beginn bis Ende des Behandlungsprogramms im Selbsturteil positivere Zukunftsorientierungen, größere Kontrollkompetenzeinschätzungen und größere Veränderungsbereitschaft.

4. Nach konservativer Beurteilung (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie) gelang 67 % (gesamt) bzw. 81,3 % (nur Antworter) der Patienten in der Einjahreskatamnese eine Lebensbewältigung ohne funktional eingesetzten Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten näherten sich ein Jahr nach Entlassung bei erfolgreichen Patienten der Normalpopulation an.

Diskussion

Suchtmittelmissbrauch muss gezielt behandelt werden. Es genügt nicht nur die Grundstörung, z.B. Angst oder Depression, zu behandeln. Erforderlich ist ein spezielles Therapieangebot. Das Einstellen des Suchtmittelmissbrauchs spielt eine Schlüsselrolle für Gesundheit und Erwerbsfähigkeit im poststationären Verlauf. Bewährt haben sich nicht-konfrontative Methoden der Motivierung und Entwicklung von Veränderungsbereitschaft. Im Sinne einer Sekundärprävention wurde das therapeutische Programm auf die Anwendung in der medizinischen Basisversorgung und für nicht therapeutische Praxisfelder abgewandelt. Ein wünschenswertes Kooperationsmodell zwischen Rehabilitationsklinik, Beratungsstellen und Allgemeinkrankenhäusern (Jahrreiss, 1998), das Fortbildungs- und Suchtliäsondienste umfasst, wird vorgestellt.

Literatur

Arend, H. (1994): Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Jahrreiss, R. (1998): Perspektiven der modernen Suchttherapie unter Kostendruck. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht (S. 43 – 52). Geesthacht: Neuland.

Petry, J. (1996): Alkoholismustherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schuhler, P., Baumeister, H. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schuhler, P., Jahrreiss, R. (1996): Die Münchwies-Studie: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker. Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. Berlin: Westkreuz.

Schuhler, P., Wagner, A. (1999): Ein Fragebogen zur Differenzierung zwischen unauffälligem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. In P. Schuhler, H. Baumeister (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (S. 24 – 27). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Diabetes mellitus und Substanzabhängigkeit. Stoffwechseleinstellung und Schulung alkoholabhängiger Diabetiker im Rahmen der Entwöhnungstherapie

Ott, C., Mohn, M.

Klinik Bad Blankenburg, Bad Blankenburg

Hintergrund

Die Inzidenz für Diabetes mellitus liegt bei Substanzabhängigen mindestens so hoch wie für die Normalbevölkerung, wahrscheinlich aber höher.

Die Schulung und Behandlung substanzabhängiger (meist alkoholabhängiger) Diabetiker kann frustrierend sein. Die gesundheitsschädigenden Folgen ihrer Abhängigkeit erkennen „nasse“ Alkoholiker kaum, da Denken und Handeln auf Beschaffung und Konsum des Suchtmittels eingeengt sind. Diese Kranken scheuen den Arzt und sind in besonderer Weise durch Komplikationen einer schlechten Diabetes-Einstellung (Compliance!) und früher eintretender Diabetes-Folgeerkrankungen gefährdet. In Rehabilitationseinrichtungen wird ihre Substanzabhängigkeit nicht erkannt oder nicht konsequent thematisiert und behandelt. Daraus resultieren Probleme im Klinikbetrieb, in der Diabetes-Schulung und –einstellung. Die Behandlung der Abhängigkeit unterbleibt, so dass der Erfolg der Rehamaßnahme in Frage gestellt ist.

Behandlungskonzept für substanzabhängige DiabetikerInnen der Klinik Bad Blankenburg

Rund 8 % der bei uns behandelten PatientInnen sind Diabetiker. Seit 1998 wird ein Spezialkonzept zur Behandlung alkohol- (und medikamentenabhängiger) Diabetiker eingesetzt. Unter fachärztlicher Leitung (FÄ für Innere Medizin und Diabetologie) leistet die medizinische Abteilung im Rahmen des interdisziplinären Behandlungsansatzes der Suchtmedizin Erst- und Neueinstellungen auf Insuline, Behandlung von Diabetes-Folgeerkrankungen, insbesondere Neuropathien (inklusive Infusionsbehandlungen, intensive physiotherapeutische Maßnahmen), Gruppenschulungen für PatientInnen mit Diabetes aller Formen, Leberzirrhose (hinsichtlich Verhaltensmaßnahmen und Ernährungsempfehlungen), chronischer Pankreatitis. Individuelle Schulung der Rehabilitanden (Spritzunterricht, Pen-Schulung, Selbstkontrolle der BZ-Werte) und Ernährungsberatung sind weitere Therapiemodule. Die Optimierung bestehender antidiabetischer Medikation, Training in Lehrküche und am Lehrbuffet, theoretische und praktische Schulung nach den Richtinien der DDG sind Bestandteil des Programms, das in die allgemeine psychosomatische und suchtspezifische Behandlung (6-16 Wochen) eingebettet ist. Krankheitsbewältigung und Integration der Stoffwechselerkrankung in das Selbstkonzept und den Lebensplan der Rehabilitanden im Rahmen der täglich stattfindenden Gruppenpsychotherapie runden das Behandlungsangebot ab.

Ergebnisse und Erfahrungen

Von Januar 1998 bis November 1999 wurden 57 DiabetikerInnen (17 weiblich, 40 männlich) behandelt . Alle waren alkoholabhängig. Bei 7 Patienten wurde zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Der Altersgipfel lag im 5. Lebensjahrzehnt: 36-40 Jahre: 9 Patienten, 41-45 Jahre: 11 Patienten, 46-50 Jahre: 17 Patienten, 51-55 Jahre: 7 Patienten.

Diagnosen (außer Alkoholabhängigkeit):		**Behandlung**	
Leberparenchymschaden	16 Patienten	Insuline	32 Patienten
Steatosis hepatis	19 Patienten	(davon 7 Ersteinstellung)	
Zirrhosis hepatis	11 Patienten	orale Antidiab.	5 Patienten
Pankreatitis/Pankreatopathie	8 Patienten	Diät	20 Patienten
arterielle Hypertonie	11 Patienten		
Polyneuropathie	24 Patienten		

- Psychopathologisch sind viele PatientInnen mit der Doppeldiagnose Alkoholabhängigkeit und Diabetes auffällig. Häufig sind narzisstische oder depressiv-zwanghafte Tendenzen, die z.T. in verstärkten „Spaltungstendenzen“ ausagiert werden.
- Das gesamte Klinikteam ist durch die Behandlung vermehrt gefordert. Anfangs bestand ein intensiver Schulungsbedarf. Die finanziellen Ressourcen für das aufwendige Therapieprogramm (personell, apparativ, Medikamente) müssen verfügbar sein. Organisatorischer Mehraufwand für diese PatientInnen ist zu bedenken.
- Für Ihre Mitpatienten sind die DiabetikerInnen durch notwendige Sonderregelungen (z.B. Mahlzeiten, spezielle Schulung) nicht selten in einer Sonderrolle. Sie bieten sich auch als Projektionsfiguren für eigene Ängste und Aggressionen an und geraten so in den Fokus der Aufmerksamkeit in der Gruppen- aber auch Arbeitstherapie, in der sie z.T. nur begrenzt eingesetzt werden können.
- Angehörige der PatientInnen zeigen in der Regel großes Interesse an den Schulungen und werden soweit als möglich in die Beratung einbezogen.
- Positives Reinforcement für die MitarbeiterInnen der Klinik (insbesondere des medizinischen Teams) sind die unmittelbar erfahrbaren Therapieerfolge auf somatischem Gebiet und die positiven Rückmeldungen der PatientInnen, die dazu ermutigt werden, die körperlich erfahrenen Fortschritte als Motivationsschub für ihre Abstinenzbemühungen zu nutzen.
- Die Resonanz der zuweisenden Krankenhäuser und der Kosten- und Leistungsträger ist positiv. Auch nachbehandelnde Institutionen bestätigen einen verbesserten Umgang der PatientInnen mit ihrer Diabeteserkrankung nach Durchlaufen unseres Therapieprogramms. Wir verzeichnen vermehrt Anfragen von Behandlern, die von unserem Modell gehört haben.

Resumee

- Das interdisziplinäre, multidimensionale Behandlungskonzept für DiabetikerInnen mit Substanzabhängigkeiten der Klinik Bad Blankenburg wird von PatientInnen, Angehörigen und zuweisenden Institutionen gut angenommen.
- Es schließt eine Versorgungslücke im Rehabilitationsbereich zwischen Suchtkrankenbehandlung und Stoffwechselkrankheiten-Rehabilitation.
- Die (kontrolliert) suchtmittelfreie Zeit in der Entwöhnungsbehandlung ist eine einmalige Chance, die oft „schwierigen“ PatientInnen für Informationen über und Schulung im Um-

gang mit ihrer Stoffwechselstörung zu erreichen, ihre Compliance zu verbessern und psychotherapeutisch mit ihnen zu arbeiten.
- Das sonst kaum adäquat behandelbare Störungsbild dieser PatientInnen wird interdisziplinär (im Sinne einer Kosten-Nutzen-Optimierung) angegangen.
- Eine intensive wissenschaftliche Evaluation des Behandlungsprogramms ist sinnvoll, Katamnesedaten liegen noch nicht in ausreichendem Umfang vor.
- Die Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen (Indikationsstellung) und nachbehandelnden Institutionen/Praxen (Effizienzprüfung) ist zu verbessern.
- Die Behandlung in der Klinik Bad Blankenburg ist kein „Konkurrenzangebot“, sondern die sinnvolle Ergänzung der Behandlungsmöglichkeiten für einen begrenzten Kreis sonst nicht erreichter, substanzabhängiger Diabetiker. Vorhandene, aber unbegründete (Berührungs-) Ängste gilt es abzubauen.

Literatur

Schulungsprofi Diabetes (1997): 1.
Abbolt Times 35.
Hirsch, Nillson, (1997).
Petzold, 1994.

Lebertransplantations-Patienten in der stationären gastroenterologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung

Doßmann, R., Krebs, H.

Reha-Klinik Taubertal der BfA, Bad Mergentheim

Hintergrund der Untersuchung

Wenig ist über die gastroenterologische Rehabilitation bei Patienten nach Lebertransplantation (LTX) bekannt. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden LTX-Patienten nach Klinikaufenthalt befragt und mit den Ein-Jahres-Katamnesen von ebenfalls stationär behandelten Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CEDE) verglichen.

Methodik

204 LTX-Patienten wurden angeschrieben, von denen n=130 antworteten. Als Vergleichsgruppe dienten 584 CEDE-Patienten. Folgende standardisierte Verfahren wurden eingesetzt: Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, Kontrollüberzeugungen zu Krankheit/Gesundheit, Symptom Checklist, Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, Short Form 36 und Fragebogen zur Lebenszufriedenheit.

Ergebnisse

Der Anteil erwerbstätiger Personen ist in der CEDE-Gruppe zum Katamnesezeitpunkt mehr als doppelt so hoch wie bei den LTX-Patienten, die zu einem Drittel EU/BU-Rente beziehen. Die LTX-Patienten berichten im Vergleich zur CEDE-Gruppe stärkere körperliche Beein-

trächtigungen, ihr psychisches Wohlbefinden ist jedoch signifikant höher. Bezüglich der Krankheitsverarbeitung verarbeiten LTX-Patienten weniger depressiv und weisen einen deutlich erhöhten Wert in der Skala „Religiosität“ auf. Darüber hinaus sind ihre Kontrollüberzeugungen in Bezug auf ihre Gesundheit im Vergleich zu den CEDE-Patienten weniger internal, sondern fatalistisch-external ausgerichtet. Mit ihrem Leben sind die LTX-Patienten insgesamt und insbesondere im Bereich „Gesundheit“ zufriedener.

Diskussion

Die berichteten Ergebnisse zeigen insgesamt, dass zwischen LTX- und CEDE-Patienten deutliche Unterschiede in sozialmedizinischen und psychosozialen Variablen zur Katamnese nach stationärer Rehabilitationsbehandlung bestehen. Trotz der Belastung durch eine stärkere physische Beeinträchtigung und einer damit verbundenen Einschränkung ihres Leistungsvermögens im Vergleich zu den CEDE-Patienten weisen LTX-Patienten eine höhere Lebenszufriedenheit und ein ausgeprägteres psychisches Wohlbefinden auf. Dieses Ergebnis kann dabei sowohl als Folge ihrer Krankheitsverarbeitung interpretiert werden, die durch einen geringeren depressiven Verarbeitungsstil und das Bemühen gekennzeichnet ist, einen Sinn in der Krankheit zu suchen und diese als Schicksal anzunehmen, aber auch als Ausdruck der Intensität erlebter existenzieller Bedrohung.

Reha-Maßnahmen bei chronischen Dialysepatienten und nach Nierentransplantation zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufs

Fritschka, E.

Sinntalklinik Bad Brückenau der LVA Unterfranken, Bad Brückenau

Rehabilitationsmaßnahmen werden bei Dialysepatienten und Nierentransplantierten u.a. zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der psychischen Adaptation sowie zum Gesundheitstraining bezüglich Begleit- und Folgeerkrankungen durchgeführt. Die Rehabilitation hilft die Compliance verbessern, wobei u.a. Eigenverantwortung und gesundheitsförderlicher Lebensstil trainiert werden. Die Rehabilitation dient auch der sozialmedizinischen Beurteilung des positiven und negativen Leistungsbildes.

Wir führten bei 33 chronischen Dialysepatienten mit vorwiegend kardiovaskulären Begleiterkrankungen ein regelmäßiges körperliches Training durch, das u.a. überwachtes Ergometertraining und Dialysesport in Gruppen beinhaltete. Die Leistungsfähigkeit wurde zu Beginn und nach einem vierwöchigen stationären Aufenthalt spiroergometrisch gemessen. Zusätzlich wurde anhand von Fragebögen zu Beginn und am Ende des Reha-Verfahrens der Verlauf der Selbsteinschätzung bezüglich mehrerer Parameter der Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit erfasst.

Im Ergebnis fanden wir am Ende der Trainingsperiode eine signifikante Verbesserung der objektiven Leistungsfähigkeit und einer Verbesserung der maximalen Sauerstoffaufnahme (VO_2 max.). Die anaerobe Schwelle wurde erhöht. Parallel kam es zu einer Verbesserung mehrerer Parameter der subjektiven Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit (Tab. 1).

Bei Nierentransplantierten (n = 22) ließ sich die spiroergometrisch bestimmte maximale Leistung durch Training von 91 auf 101 Watt signifikant ($p < 0,01$) verbessern. Diese Befunde zeigen die bessere Belastbarkeit von Nierentransplantierten im Vergleich zu Dialysepatienten.

Tabelle 1:

Objektive Parameter:			
Spiroergometrie	1. Woche	4. Woche	p
Maximum (Watt)	69,2	84,8	< 0,001
VO_2 max. (ml/min)	1041	1145	< 0,01
Anaer. Schwelle (ml O_2/min)	879	1007	< 0,05
Max. syst. Blutdruck (mmHg)	164	164	n. s.
Max. diast. Blutdruck (mmHg)	81,9	81,5	n. s.

Subjektive Parameter:			
Rückenschmerzen	3,41	2,75	< 0,01
Verlust an Gewicht/Muskeln	4,00	2,75	< 0,05
Verlust an Leistungsfähigkeit	3,46	2,92	< 0,05
Tages-Müdigkeit	3,15	2,53	< 0,05
Kontaktarmut	2,29	1,50	< 0,05
Depressive Stimmung	2,61	2,15	< 0,05

Zusammenfassend lassen sich im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes bei Dialysepatienten und Nierentransplantierten mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen Parameter der physischen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit signifikant bessern.

Methodik des internationalen Vergleichs von Rehabilitation - Forschungsstand und Perspektiven

Zimmermann, M. (1), Weber, A. (2), Raspe, H. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum, Lübeck, (2) Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung der Universität, Hamburg

Der Beitrag möchte einen Überblick über den Stand der Forschung in der Frage der Methodik des internationalen Vergleichs der Rehabilitation geben und darüber hinaus Perspektiven und Standards für die vergleichende rehabilitationswissenschaftliche Forschung aufzeigen.

Bisherige Vergleiche von Rehabilitationssystemen (Duda et.al., 1995, 1998) richteten sich in der funktionalen Ausrichtung überwiegend auf den medizinischen Bereich. Sie orientierten sich damit weitgehend an den in der Gesundheitssystemforschung geläufigen Unterscheidungskriterien (Trägerschaft, Organisationsstruktur, Ressourcen, Aufwendungen).

Die Einbeziehung anderer Bereiche der Rehabilitation (beruflich, sozial, etc.) und ihre mögliche Verzahnung untereinander ist bisher nur sehr selektiv erfolgt und beschränkte sich primär auf die Anzahl durchgeführter Maßnahmen und den daraus resultierenden Kosten (Schneider, 1991). Bereits der Vergleich mit dem Rehabilitationsgeschehen in Schweden mit seiner engen Verzahnung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation stellt ein solches Vorgehen in Frage (Zimmermann et al., 1999).

Der Versuch einer umfassenden, systematischen Gegenüberstellung wurde von Hohmann (1998) für einzelne europäische Länder unternommen. Allerdings wurde in dem Vergleich nicht berücksichtigt, dass in den untersuchten Ländern unter Rehabilitation unterschiedliche Strukturen und Zusammenhänge verstanden werden.

Schneider (1991) zog am Ende seiner Studie den Schluss, dass für eine genauere Analyse der Wirkweise von „Rehabilitationssystemen“ die Beschränkung auf exemplarische Diagnosegruppen oder Behinderungsarten, die einer Rehabilitation bedürfen, unerlässlich sei. Nur so seien Strukturen und eingesetzten Ressourcen und Zielperspektiven (z.B. Rückführung in den Arbeitsprozess) anhand vergleichbarer Einheiten gegenüberzustellen.

Als ein erster Schritt in diese Richtung kann die in sechs Ländern durchgeführte, von der ISSA initiierte Studie „Reintegration in das Erwerbsleben nach dorsopathiebedingter Langzeitarbeitsunfähigkeit“ angesehen werden. Hierbei wurde mit einem einheitlichen Variablenset versucht, die Rückführung in den Erwerbsprozess bei einer über die ICD-9 klar definierten Diagnosegruppe in verschiedenen Ländern zu beleuchten (Weber et al., 1998). Die Interpretation der Ergebnisse leidet jedoch unter einer zu spärlichen Kenntnis der jeweiligen nationalen Besonderheiten im Bereich der konkreten beruflichen Wiedereingliederungsvorgänge.

Diese bisherigen Erfahrungen und Grenzen der vergleichenden Forschung versucht das Forschungsvorhaben „Vergleich der Rehabilitation: Deutschland, Großbritannien, Schweden und die Schweiz“ am Institut für Sozialmedizin, Lübeck (Förderung: DFG) zu berücksichtigen. Um die historisch und kulturell gewachsenen Unterschiede in den jeweiligen Sozial- und Rehabilitationssystemen in die Gegenüberstellung miteinzubeziehen, wird zuerst der Begriff und das Verständnis von Rehabilitation und der hieraus resultierenden Strukturen verglichen. Dies erfolgt sowohl für das Gesamtsystem als auch querschnitthaft für rehabilitative Interventionen bei chronischen Rückenschmerzen und akuten Bandscheibenvorfällen. Damit wird eine Gliederung der Rehabilitation (wie z.B. in medizinische, berufliche und soziale Reha) nicht vorausgesetzt, sondern als Variable in den Vergleich miteinbezogen. Das Studiendesign berücksichtigt ebenso Informationen aus Experteninterviews, wie Ergebnisse sekundärstatistischer Auswertungen bereits vorhandener Datenquellen zum Rehabilitationsgeschehen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Frage nach verfügbaren Routinedaten gelegt wird. Als theoretischer Rahmen fungiert das Konzept der ICIDH und die Theorien funktionaler Differenzierung.

Ziel ist es ein standardisiertes Modell für internationale Vergleiche im Rehabilitationsbereich zu entwickeln und anzuwenden, welches methodisch und theoretisch den derzeitigen Stand der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung systematisch reflektiert und gleichzeitig den praktisch in Rehabilitationseinrichtungen Tätigen ein besseres Verständnis für Daten und Fakten aus dem Ausland vermitteln soll.

Literatur

Duda, L., van Noort, L.O., Röseler, S. u.a. (1995): Rehabilitation in Germany and the Netherlands, Enschede.

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V. (1998): Abschlussbericht der Interregiostudie, Bad Säckingen.

Hohmann, J. (1998): Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Bern.

Schneider, M. (1991): Rehabilitation im europäischen Vergleich, Augsburg.

Weber, A., Raspe, H. (1998): Langzeitarbeitsunfähigkeit und die Wiederaufnahme der Arbeit, DRV 9-10/98, 679-690.

Zimmermann, M., Weber, A. (1999): Arbeitsunfähigkeit wegen Dorsopathien in Deutschland und Schweden - Bewältigung durch Rehabilitationsmaßnahmen. In: Grenzenlose Gesellschaft? 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Freiburg, Band II (im Erscheinen).

Onkologische Rehabilitation in Ländern der Europäischen Gemeinschaft

Delbrück, H., Grinschgl, A., Koch, J.

Klinik Bergisch Land, Wuppertal

Hintergrund und Zweck der Untersuchungen

Bei der rehabilitativen Versorgung von Krebspatienten - nicht zuletzt auch im sozialen Bereich - ist früher oder später eine Anpassung der rehabilitativen Leistungen zwischen den

Ländern der europäischen Gemeinschaft zu erwarten. Schon jetzt werden in Deutschland bei der Durchsetzung von „Rationalisierungsmaßnahmen“ zunehmend argumentativ Behauptungen aufgestellt, deren Wahrheitsgehalt einer näheren Nachforschung nicht standhält.

Um eine sachliche Auseinandersetzung zu ermöglichen, unterstützt die Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin in der Deutschen Gesellschaft (ARNS) Bemühungen um die Dokumentation rehabilitativer Leistungen bei Krebspatienten in den verschiedenen Ländern der Europäischen Gemeinschaft.

Methodik

Während insgesamt vier, jeweils zwei Tage dauernden Workshops mit ärztlichen Vertretern, Selbsthilfegruppenleiter(innen) und Vertretern der Industrie wurden in London (England, Irland, Finnland), in Lyon (Frankreich, Italien, Spanien) und in München (Deutschland, Schweiz, Österreich) die in den jeweiligen Ländern vorherrschenden quantitativen und qualitativen Versorgungsstrukturen verglichen sowie Diskussionen über rehabilitative Bedarfsermittlungen bei Rektumkarzinompatienten mit künstlichem Darmausgang geführt. Die Ergebnisse wurden dokumentiert (Förderung durch Hollister Deutschland).

Die in Frankreich, Italien, Schweden sowie den Niederlanden dominierenden Rehabilitationsstrukturen für Mammakarzinom- und Darmkrebspatienten wurden durch Interviews in den Tumor- bzw. Rehabilitationszentren dieser Länder ermittelt. (Förderung durch die A.H.G.).

In jeweils zwei internationalen Workshops für Transplantationsmediziner in Madrid und Lyon wurden die Teilnehmer mittels Fragebogen nach den jeweiligen rehabilitativen Strukturen für Knochenmark-/Stammzelltransplantierte wegen Krebs befragt (Förderung durch Hesperis).

Ergebnisse

In allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft existiert eine onkologische Rehabilitation. Deren Bedeutung und Integration in der onkologischen Versorgungskette werden allerdings unterschiedlich gewertet. Rehabilitationsbedürftigkeiten, Rehabilitationsziele, Rehabilitationsstrukturen und Rehabilitationsprozesse werden in den verschiedenen Ländern unterschiedlich definiert und orientieren sich nicht an dem in Deutschland vorherrschenden Rehabilitationsverständnis. Auf keinen Fall darf das in Deutschland vorherrschende Rehabilitationsverständnis für Krebspatienten mit dem anderer Länder gleichgesetzt werden.

Rehabilitation wird in den südlichen Ländern im wesentlichen als physiotherapeutische und „körperlich reparierende“ Maßnahme verstanden und erfolgt vorrangig als inhaltlicher und örtlicher Annex in Krebszentren und Akuthäusern. In den skandinavischen Ländern haben hingegen psychosoziale und berufliche Rehaziele mehr als nur eine randständige Bedeutung. Sie werden ebenso wie in den Niederlanden und in Deutschland als selbstverständlicher Bestandteil einer umfassenden Rehabilitation gefordert. Wissensvermittlung und Aktivierung sind hier ebenso wie in England wesentliche Bausteine der Rehabilitationstherapien, während in den südlichen Ländern eher roborierende Maßnahmen im Vordergrund stehen.

In der Regel finanzieren die nationalen Gesundheitsdienste, teilweise jedoch auch Stiftungen, Forschungsgesellschaften und nicht profitorientierte und der Wohlfahrt dienende Institutionen die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation. Lediglich in Deutschland beteiligen sich die Rentenversicherungen an den Kosten. Einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung der ambulanten Rehabilitation leisten in England, Finnland und Irland Selbsthilfegruppen und Stiftungen. Familien und Selbsthilfegruppen üben hier einen wesentlichen Einfluss aus und sind die bedeutendsten Faktoren für den ambulanten Hilfs- und Pflegedienst.

Die vom Staat finanzierten stationären Modelleinrichtungen (Niederlande) werden ebenso wie die aus Drittmitteln unterhaltenen rehabilitativen Einrichtungen zunehmend vom staatlichen Gesundheitsdienst der jeweiligen Länder übernommen, da die Krebsrehabilitation in immer stärkerem Maße als eine wichtige Verpflichtung erkannt wird.

Mit Ausnahme von England wird die Einrichtung stationärer Rehabilitationseinrichtungen von den Ländern der Europäischen Gemeinschaft begrüßt, gefördert und auch durchgesetzt. Die am häufigsten angegebenen Gründe, weswegen eine stationäre Rehabilitation bzw. spezialisierte Rehabilitationskliniken gewünscht, gefördert bzw. eingerichtet werden, sind:

1. die immer kürzer werdende mittlere Aufenthaltsdauer in den Akutkliniken bei zunehmender Aggressivität der kurativen Behandlung,
2. die erhebliche Entfernung zwischen den rehabilitativen Abteilungen der Tumorzentren und dem Wohnort der Betroffenen,
3. die starke körperliche, aber auch finanzielle Belastung durch eine ambulante Rehabilitation (Skandinavien und Italien),
4. die speziellen, während einer ambulanten Rehabilitation nicht zu befriedigenden Rehabilitationsbedürftigkeiten und -wünsche von Krebspatienten sowie
5. die Notwendigkeit einer konzentrierten und qualifizierten rehabilitativen Betreuung.

Ein Bedarf wird vorwiegend für Anschlussheilbehandlungen und weniger für spätere stationäre Heilverfahren (Finnland) gesehen. Am häufigsten wird die Notwendigkeit für die Einrichtung onkologischer Rehabilitationskliniken durch medizinische Gründe (vorwiegend in den südlichen Ländern) sowie auch soziale (Skandinavien) und psychische Gründe (Finnland) belegt.

Schlussfolgerungen

Im europäischen Ausland wird ein zunehmender Bedarf an strukturierten Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebspatienten erkannt, und es werden die für eine Krebsrehabilitation notwendigen Strukturen geschaffen. Onkologische Rehabilitationskliniken befinden sich zunehmend im Aufbau, obwohl der ambulanten und wohnortnahen Rehabilitation im engen Kontext mit den Primärkliniken nach wie vor Priorität eingeräumt wird.

Partizipationsstrukturen und Nutzung von Daten zur Patientenzufriedenheit für die klinikinterne Qualitätsoptimierung - erste Ergebnisse zum Vergleich Niederlande - Deutschland

van Noort, L.O. (1), van Harten, W.H. (1), Röseler, S. (2), Lorenz, C. (2)

(1) Rehabilitationsklinik Het Roessingh, Enschede, (2) Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Witten/Hannover

Hintergrund

Die eigenverantwortliche Mitbeteiligung des Patienten wird zunehmend als ein tragendes Element der gesundheitlichen Versorgung und somit auch des individuellen Rehabilitationsprozesses angesehen. Dies lässt sich seit einiger Zeit u.a. aus Bestrebungen auf politischer Ebene ablesen, wie sowohl die europäische als auch die nationale gesundheitspolitische Diskussion erkennen lässt (Abschlusstext der Fünften Konferenz der europäischen Minister für Gesundheit, 1996). Auf institutioneller Ebene werden hierbei gefordert:

1. aktive Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess, indem geeignete Information und alternative Behandlungsmöglichkeiten präsentiert werden;
2. Sicherstellung der Respektierung der Rechte des Patienten; Verantwortlichkeit und Transparenz; effektive Vorgehensweisen bei Beanstandungen;
3. Förderung der Patientenbeteiligung bei der Einführung von Qualitätsstandards der Versorgung.

In den Niederlanden hat diese Diskussion bereits in den späten 60er Jahren begonnen. 1981 schließlich veröffentlichte die niederländische Regierung ein Grundsatzpapier zur Frage, was Regierungen oder soziale Organisationen zur Verbesserung der Stellung des Patienten im Gesundheitssystem beitragen können. Dieses Grundsatzpapier war gleichzeitig ein Inventar aller Patientenrechte, die zu diesem Zeitpunkt in den Niederlanden existierten.

Die aktuelle Situation in den Niederlanden ist darüber hinaus maßgeblich bestimmt durch zwei im Juli 1996 in Kraft getretene Gesetze, mit denen die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung verpflichtet wurden, zum einen systematische und klientenorientierte Maßnahmen des Qualitätsmanagements einzuführen und zum anderen in geeigneter Form Patientenbeiräte als Partizipationsinstanzen zu etablieren.

Wie Untersuchungen belegen, werden die in niederländischen Reha-Zentren etablierten Möglichkeiten zur Patientenpartizipation sowohl von Patienten als auch vom Klinikpersonal sehr positiv bewertet. Zudem kommt man mittels dieser Strukturen zu vergleichbaren Ergebnissen wie bei externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die die Patientenzufriedenheit erfassen (van Harten et al., 1989).

Ziele

Ziele des Forschungsvorhabens sind eine Bestandsaufnahme der Patientenpartizipation in stationären Reha-Einrichtungen in den Niederlanden und der Bundesrepublik sowie die Entwicklung eines Modellvorschlags zur Patientenpartizipation für Reha-Kliniken.

Vorgehensweise

Zunächst wurde durch eine postalische Befragung mit einem an die Chefärzte gerichteten standardisierten Fragebogen eine Bestandsaufnahme der Organisation und Praxis von „Patientenpartizipation als interne Maßnahme zur Qualitätsoptimierung" in niederländischen und deutschen stationären Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Der eingesetzte Bogen enthält zum einen Fragen zu direkten Einflussmöglichkeiten der Patienten auf ihren Rehabilitationsablauf, zum anderen zur Erfassung von Patientenurteilen zum Rehabilitationsablauf durch die Kliniken und die Nutzung dieser Patientenurteile für die klinikinterne Qualitätsoptimierung.

Basierend auf den Ergebnissen der Bestandsaufnahme soll ein Modellvorschlag zur Partizipation der Patienten entwickelt werden. Dazu werden die ermittelten Partizipationsformen anhand eines standardisierten Rasters modulartig aufbereitet und eingebettet in ein Handbuch „Patientenpartizipation", das der Leitung und dem Personal von Reha-Kliniken helfen soll zu entscheiden, welche Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientenbeteiligung in ihrer Einrichtung eingesetzt werden könnten und wie diese konkret zu realisieren sind.

Der so entwickelte „Modellvorschlag Patientenpartizipation" wird anschließend den Mitarbeitern einer kooperierenden deutschen Reha-Klinik zur kritischen Stellungnahme vorgestellt, ebenso wie einer Reihe von Patientenvertretern. Anhand der kritischen Kommentare von Klinikmitarbeitern und Patientenvertretern erfolgt die abschließende Überarbeitung und Fertigstellung des Modellvorschlags.

Ergebnisse

In den Niederlanden wurden alle 26 Reha-Zentren in die Klinikbefragung einbezogen. Insgesamt haben 17 Einrichtungen einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt, woraus sich eine Rücklaufquote von 65,4 % ergibt.

Neben der BfA, der Bundesknappschaft und der Bahnversicherungsanstalt wurden in Deutschland alle Landesversicherungsanstalten mit eigenen Reha-Kliniken angeschrieben. Von diesen haben sich 19 zur Kooperation bereit erklärt und unseren Fragebogen an insgesamt 85 trägereigene stationäre Reha-Einrichtungen weitergeleitet. Der Rücklauf lag mit 70 Bögen bei 82,4 %. Auf der Basis einer geschätzten Gesamtzahl von 103 Trägereigenen stationäre Reha-Kliniken ergibt sich eine Stichprobenquote von 68,0 %.

Um ihrer Informationspflicht gegenüber dem Patienten bei der Aufnahme nachzukommen, nutzen die Kliniken unterschiedliche Wege: In den Niederlanden werden Gruppen-Einführungsveranstaltungen von der Hälfte der Kliniken und damit deutlich seltener genannt als von deutschen Kliniken (97,1 %). Vergleichbar häufig werden die Patienten im Aufnahmegespräch mit dem zuständigen ärztlichen Personal (93,8 %; D: 94,3 %) bzw. dem zuständigen Pflegepersonal (93,8 %; D: 88,6 %) informiert. Schriftliches Informationsmaterial verteilen alle befragten niederländischen Kliniken (D: 84,3 %).

Auf die Frage, in welchen Bereichen die Patienten Einfluss auf den Ablauf ihrer Rehabilitation nehmen können, nannten in den Niederlanden alle Kliniken den medizinisch/therapeutischen Bereich (D: 91,4 %), 81,3 % den Bereich der Freizeitgestaltung (D: 82,9 %) und 62,5 % den organisatorischen Bereich (D: 41,3 %). In keiner Klinik bestehen

für die Patienten in keinem dieser Bereiche Einflussmöglichkeiten (D: 3 Kliniken bzw. 4,3 %).

Trotz dieser Bejahung einer prinzipiellen Einflussmöglichkeit der Patienten im medizinisch/therapeutischen Bereich durch die überwiegende Zahl der Kliniken in beiden Ländern, sehen diese Kliniken in Deutschland nur zu einem geringen Teil hierin eine grundsätzlich allen Patienten anzubietende Möglichkeit zur Beteiligung an der Auswahl und Zusammenstellung der Therapieangebote (7,9 %; NL: 53,3 %).

Dort, wo Einflussmöglichkeiten für die Patienten auf die Art der angebotenen Therapie bestehen, werden sie in den Niederlanden immer in 21,4 % (D: 30,4 %), meistens in 64,3 % (D: 37,5 %) der Kliniken genutzt, eher selten oder nie in 14,3 % der Kliniken (D: 32,1 %). Vor allem in Deutschland werden die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Therapiefrequenz, die Therapiedauer und die Therapiezeiten von Patienten weniger genutzt (vgl. Tabelle 1).

Das Therapieziel wird lediglich in der Hälfte der niederländischen Kliniken immer (D: 82,8 %), in der anderen Hälfte der Kliniken meistens (D: 17,2 %) in Absprache mit dem Patienten festgelegt.

Den Schwerpunkt der Erhebung bildet der Frageblock zur Erfassung von Patientenurteilen zum Rehabilitationsablauf durch die Kliniken und die Nutzung dieser Patientenurteile für die klinikinterne Qualitätsoptimierung. Für diesen Teil liegen bisher noch keine Ergebnisse aus der niederländischen Befragung vor. Zum Zeitpunkt der Tagung können auch diese Daten präsentiert werden. Der Hauptfocus der Darstellung wird hierbei auf dem Vergleich mit den Ergebnissen aus den deutschen Reha-Einrichtungen liegen.

Schlussfolgerungen

Die Bestandsaufnahme wird einen Überblick über die Aktivitäten der Kliniken zur Einbeziehung der Patienten in den Rehabilitationsprozess liefern und anhand der Einschätzung der bislang umgesetzten Maßnahmen eine gleichzeitige Bewertung des Nutzens dieser Maßnahmen erlauben. Die Entwicklung eines Modells unter Einbeziehung von Patientenvertretern soll Möglichkeiten zu einer stärkeren regelhaften Partizipation demonstrieren. Die durch die verbesserte Partizipation gewonnenen Erkenntnisse können dann in den klinikinternen Qualitätszirkeln analysiert und für den internen Optimierungsprozess nutzbar gemacht werden.

In einem Folgeprojekt soll das Modell in einer deutschen Rehabilitationseinrichtung implementiert und anhand eines prä/post-Vergleichs der Bewertungen, die Patienten und Klinik-Mitarbeiter hinsichtlich der Partizipationsmöglichkeiten vornehmen, evaluiert werden.

Literatur

Duda, L., van Noort, O., Röseler, S., Greitemann, B.O.L., van Harten, W.H., Klazinga, N.S. (1995): Rehabilitation in Germany and the Netherlands: a comparison of two rehabilitation systems. Enschede: Roessingh Research & Development.

Toussain, C., Veldhuizen, M., van Harten, W.H. (1997): Exit interviews in de revalidatie. In: Documentatiemap kwaliteitszorg. Utrecht.

van Harten, W.H., Wever, D. (1989): Intern en extern kwaliteitsonderzoek. Medisch Contact, 44, 43, 1417-1420.

van Harten, W.H. (1997): Resultaatmeting als feedback instrument: Exit-interviews. In: W.H. van Harten: Bouwen aan een kwaliteitssysteem in de revalidatiezorg. Enschede: Roessingh Research and Development; 233-283.

Tabelle 1: Nutzung angebotener Einflussmöglichkeiten im medizinisch/therapeutischen Bereich durch Reha-Patienten

		NL	D
Therapieart	Immer	21,4 %	30,4 %
	Meistens	64,3 %	37,5 %
	Eher selten / nie	14,3 %	32,1 %
Therapiefrequenz	Immer	6,7 %	12,0 %
	Meistens	66,6 %	36,0 %
	Eher selten / nie	26,7 %	52,0 %
Therapiedauer	Immer	13,3 %	14,3 %
	Meistens	46,7 %	19,0 %
	Eher selten / nie	40,0 %	66,7 %
Therapiezeiten	Immer	6,7 %	2,0 %
	Meistens	73,3 %	26,0 %
	Eher selten / nie	20,0 %	72,0 %

Berufliche Rehabilitation und Eingliederung in Frankreich

Schneider, M.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Hauptfürsorgestelle, Münster

Trotz viel beschworener deutsch-französischer Freundschaft und geographischer Nachbarschaft ist im Bereich der Sozialpolitik die gegenseitige Kenntnis der Verhältnisse recht gering ausgeprägt. Offensichtlich fällt es beiden Seiten schwer, über den Tellerrand zu blikken. Dies ist verwunderlich, da doch die Sozial- und Wirtschaftskultur sowie das Rechtssystem der beiden Länder Ähnlichkeiten aufweisen und einander näher stehen als etwa den angelsächsischen Systemen. Vielleicht liegen die Ursachen in den Sprachbarrieren und den unterschiedlichen staatlichen Organisationsformen. In der gegenseitigen Information besteht Nachholbedarf, nicht zuletzt mit Blick auf ein zusammenwachsendes Europa und einer sich abzeichnenden größeren Konvergenz in der Sozialpolitik.

Ein interessantes Beispiel für einen transnationalen Vergleich ist die Beschäftigungspflicht von Personen mit Behinderungen. Pflichtquoten zur Beschäftigung Behinderter sind in verschiedenen Ländern gesetzlich verankert. Neben Österreich und Deutschland ist Frankreich jedoch das einzige Land in der europäischen Union, welches nicht nur eine Pflichtquote festgeschrieben hat, sondern auch eine Ausgleichsabgabe bei Nichterfüllung der Quote er-

hebt und die damit gewonnenen Finanzmittel zur Arbeits- und Berufsförderung Behinderter reinvestiert.

Quotenregelung und Ausgleichsabgabe wurden mit dem sog. Gesetz vom 10. Juli 1987 ins Leben gerufen. Dieses Gesetz hatte zwar das deutsche Schwerbehindertengesetz zum Vorbild, setzte aber dennoch bei wichtigen Ausführungsbestimmungen andere Akzente. Zur Kontrolle der Quotenregelung und zur Verwaltung der Mittel entstand 1988 eine neue Organisation, der sog. Fonds für die berufliche Eingliederung behinderter Menschen, die AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'insertion Professionelle des Personnes Handicapées). Dabei handelt es sich um eine Institution, die in ihrem Aufgabenzuschnitt mit den deutschen Hauptfürsorgestellen vergleichbar ist, auch wenn sie eine andere Organisationsstruktur aufweist und keine hoheitliche Funktion wie etwa einen Kündigungsschutz ausübt. In den ersten 10 Jahren der Realisierung des Gesetzes wurden ca. 10 Milliarden Francs eingenommen und zur beruflichen Integration verwendet. Insgesamt haben rund 500.000 Personen mit Behinderungen von diesen Maßnahmen profitiert.

In den Debatten der letzten Jahre auf Europaebene war die Stimmung oft gegen verbindliche Regelungen der Beschäftigungspflicht gerichtet. Nicht selten war der Tenor zu vernehmen, es handele sich dabei um restriktive und nicht hinreichende Instrumente. Man solle vielmehr die positiven Anreize verstärken. In den meisten Zirkeln und Diskussionsforen konnten sich eher die Meinungen Gehör verschaffen, welche die angelsächsisch geprägte Anti-Diskriminierungsgesetzgebung als Alternative favorisieren. Obwohl die beiden größten Länder Europas - Frankreich und Deutschland - auf Quotenregelung und Ausgleichsabgabe setzen, war eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen in diesen beiden Ländern nicht zu bemerken. Anders dagegen die Haltung der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Diese lud 1997 zur Konferenz „Policies and Management of National Rehabilitation Funds" nach Warschau ein, eine Veranstaltung auf der ca. zwanzig Länder vertreten waren. Im Rahmen dieser Konferenz wurden Fondskonzepte für die zweckgebundene Bereitstellung von unterstützenden Strukturen bei der beruflichen Eingliederung positiv beurteilt. Auch wenn die reine Lehre der Finanzwissenschaften Fondskonzepte eher negativ wertet bzw. die Bildung von Sondervermögen als Not- und Verlegenheitslösung staatlichen Handelns interpretiert, scheint dies gerade für die berufliche Eingliederung ein passender Ansatz zu sein - vorausgesetzt Fonds werden nicht missbraucht. Dafür ist der französische Fonds ein gutes Beispiel. Er bezeichnet sich nach den Vergleichsmöglichkeiten der Warschauer Konferenz von 1997 nicht zu Unrecht als der strengste bzw. genaueste aller existierenden Fonds.

Pflichtquote und Ausgleichsabgabe sind nicht zufällig gerade in Frankreich und Deutschland anzutreffen. Beide Länder weisen als gewachsene Zivilgesellschaften im Bereich der sozialen Sicherheit ausgeprägte korporatistische Elemente auf. Sozialkorporatismus ist per se als institutionelles Arrangement zur Interessensregulierung und Repräsentation von Teilgruppen angelegt und dient in dem hier beschriebenen Sektor als Mechanismus der Selbstkorrektur, welcher dem Primat der Ökonomie bzw. den Wirkkräften des reinen Marktes bei der Beschäftigung Behinderter entgegenwirken und Verdrängungsmechanismen auf dem Arbeitsmarkt zumindestens mildern soll. Dabei gilt für die zentralen Elemente des Behindertenrechts beider Länder auch das, was dem Korporatismus insgesamt unterstellt werden kann. Es handelt sich um keinen grandiosen politischen Entwurf, eher um einen „second-

best-compromise“ (Lehmbruch, 1998). Nur in der Weiterentwicklung und Verbesserung des Systems können die Grundgedanken von Integration und Normalisierung auch in einer globalisierten Informationsgesellschaft überleben. In dieser Hinsicht hat das französisches Modell der AGEFIPH neben der Landeseinheitlichkeit einiges den deutschen Verhältnissen voraus: die geringe Staatsinvolvierung, die Konstruktion der Fondsverwaltung als modern gemanagter, spezialisierter Dienstleistungsverband sowie seine Verfassung als ausbalanciertes institutionelles Arrangement, in dem in bester korporatistischer Weise Sozialpartner und Betroffene paritätisch eingebunden sind und reelle Verantwortung tragen. Die gesetzlichen Grundlagen gewährleisten die Programmtreue des Fonds und verhindern sein missbräuchliche Verwendung oder Verwässerung durch die Vermischung mit anderen Aufgabenbereichen.

Das Jubiläum unseres französischen Nachbarn war Anlass, den Blick über den Rhein zu richten und die dortigen Anstrengungen zur beruflichen Eingliederung Behinderter genauer zu betrachten. Der Beitrag konzentriert sich auf die nun 10jährige Geschichte des novellierten französischen Behindertenrechts, soweit es die Eingliederung in Arbeit und Beruf betrifft. Weiterhin gibt der Beitrag einen Überblick über die institutionelle Landschaft im Bereich der beruflichen Eingliederung in Frankreich. Er beschäftigt sich mit den Programmen und Aktivitäten des französischen Fonds, der Verwendung der Mittel sowie mit den Ergebnissen und Resultaten der letzten zehn Jahre.

Literatur

AGEFIPH - Fonds pour l'insertion des personnes handicapées (1997): Emploi et Handicap (Déjà 10 ans. construisons demain.). Paris: L'Harmattan.

AGEFIPH (1994): 17 mesures pour L'emploi des personnes handicapées. Bagneux.

AGEFIPH (1998): Rapport d'activité 1997. Bagneux: AGEFIPH.

Haines, H. (1998):. Ansatzpunkte europäischer Politik zur beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. In: Deutsche Rentenversicherung, 12, 829-838.

Lehmbruch, G. (1998): Die korporative Verhandlungsdemokratie in Westmitteleuropa. In: Swiss Political Science Review, 2 (4), 19-41.

Gesundheitssystemgestaltung in der kardiologischen Rehabilitation im internationalen Vergleich

Grande, G.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität, Bielefeld

Ziel

Der Beitrag soll einen Überblick über die internationale Praxis kardiologischer Rehabilitation bezogen auf verschiedene Aspekte der Gesundheitssystemgestaltung geben.

Methode

Basis des Systemvergleichs waren Literaturrecherchen in allen einschlägigen Datenbanken (Medline, Psychlit, Somed, Rehadat), internationale Leitlinien kardiologischer Rehabilitation sowie verfügbare Dokumentationen und Statistiken (z.B. VDR Reha-Statistiken). Die ver-

gleichende Beschreibung wurde entlang der Kriterien: Konzepte, Ziele, Rehabilitationsprozess, Patienten, Leistungen, und Versorgungsmodelle durchgeführt.

Ergebnisse

Die kardiologische Rehabilitation ist ein historisch gewachsener Ansatz der Gesundheitsversorgung, der auf unterschiedlichen Krankheits- und Versorgungskonzepten beruht. Biomedizinische Kausalmodelle, epidemiologische Risikofaktorenmodelle und ein biopsychosozialer Rehabilitationsansatz finden Eingang in die Zielformulierungen der kardiologischen Rehabilitation. Im Hinblick auf die Versorgungsziele und die Empfehlungen zu den Komponenten einer ganzheitlichen Rehabilitation besteht international relativer Konsens (WHO, 1993; AACVPR, 1995; Weidemann et al., 1991). Unterschiede finden sich unter anderem im Hinblick auf die Betonung der Eigenverantwortung der Patienten und die Bewertung von Interventionsansätzen, die den Patienten zu einem unabhängigen und eigenverantwortlichen Umgang mit den Anforderungen seiner Erkrankung befähigen. Einigkeit besteht auch im Hinblick auf die Definition des Rehabilitationsprozesses und die Unterscheidung von drei bzw. vier aufeinander aufbauenden Phasen kardiologischer Rehabilitation (Denolin, 1985). Internationale Unterschiede in der Gestaltung der Rehabilitation beziehen sich auf die Trägerschaft, die Finanzierung, die institutionelle Anbindung, die Organisation (ambulant, teilstationär, stationär) und die Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Anbietern, auf das Leistungsangebot, die Dauer der Rehabilitation und die personelle Zusammensetzung des Rehabilitationsteams sowie dessen Leitung. Die Besonderheiten des deutschen Modells der kardiologischen Rehabilitation werden vor der internationalen Rehabilitationspraxis diskutiert.

Diskussion

Es bleibt für viele Länder relativ unklar, was unter dem Label „Kardiologische Rehabilitation" tatsächlich angeboten und geleistet wird und wem diese Leistungen wann und in welchem Maße zuteil werden. Es bestehen gewaltige Unterschiede im Hinblick auf die Rehabilitationsstrukturen und die Gestaltung des Rehabilitationsprozesses, aber auch in der Qualität und Quantität der Rehabilitationsprogramme. Veränderte Anforderungen an die kardiologische Rehabilitation (z.B. demographische Veränderungen, Polarisierung der Patientengruppen durch Veränderung der akutmedizinischen Versorgung) werden zur Modifikation der Rehabilitationsziele und –strategien führen (z.B. geringerer Bedarf für körperliches Training, Intensivierung sekundärpräventiver Angebote, bedarfsgerechte Individualisierung der Programme). Eine abschließende Bewertung der Versorgungsmodelle sollte erst unter Berücksichtigung vorliegender Befunde zu ihrer Wirksamkeit erfolgen. Die Praxis der Rehabilitation verweist überdeutlich auf die großen Probleme, die sich aus dem Fehlen eines übergreifenden Handlungsmodells der Rehabilitation ergeben.

Literatur

Badura, B. (1996): Systemprobleme in der Rehabilitation. In T. Schott, B. Badura, H.-J. Schwager, P. Wolf & P. Wolters (Eds.), Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker. Weinheim: Juventa, 12-19.

Denolin, H. (1985): Rehabilitation as part of comprehensive care. In V. Kallio & E. Cay (Eds.), Rehabilitation after myocardial infarction. Copenhagen: WHO, 1-8.

AACVPR (1995): Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs. (2nd ed.). Champaign: Human Kinetics.

Weidemann, H., Halhuber, M.J., Gehring, J., Keck, M., Matthes, P., Hofmann, H., Brusis, O., Held, K. (1991): Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO. Herz/Kreisl., 23 (10), 337-341.

WHO (1993): Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD (Report on two WHO Consultations: Undine (Italy), 28.-30.4.1992, Tours (France), 09.07.1992). Copenhagen: Regional Office for Europe.

Das Nottingham Health Profile (NHP) als Assessmentverfahren in der Rehabilitation: Psychometrische Prüfung mit modernen Methoden der probabilistischen Testtheorie

Kohlmann, T., Deck, R., Böhmer S.

Medizinische Universität, Lübeck

Hintergrund

Mit den heute verfügbaren psychometrischen Skalierungsmethoden ist es möglich, die interne Validität (u.a. Eindimensionalität der Messung) von Assessmentverfahren auf der Grundlage geeigneter messtheoretischer Annahmen methodisch streng zu prüfen. Zu diesen Methoden gehören z.B. die aus dem Bereich der klassischen Testtheorie stammenden Ansätze der konfirmatorischen Faktorenanalyse oder die Ansätze der probabilistischen Testtheorie (z.B. Rasch- oder Birnbaum-Modelle; vgl. van der Linden et al., 1997). Die Methoden der probabilistischen Testtheorie erscheinen dabei für viele der gebräuchlichen Fragebögen und Fremdeinschätzungsverfahren besonders geeignet zu sein, da sie die Art der zu untersuchenden Daten - dichotome oder mehrkategorielle Ordinaldaten - in angemessener Weise berücksichtigen, auf unrealistische Verteilungsannahmen verzichten können und dennoch ein messtheoretisch gut fundiertes Skalierungsmodell verwenden.

Das „Nottingham Health Profile“ ist ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er enthält 38 Items, die im ja/nein-Format zu beantworten sind und insgesamt 6 Unterskalen aus den Bereichen Energieverlust, Schmerz, emotionale Reaktion, Schlaf, soziale Isolation und physische Mobilität zugeordnet werden können. Seine psychometrischen Eigenschaften wurden an verschiedenen Stichproben in der stationären Rehabilitation mit klassischen Skalierungsverfahren überprüft (Kohlmann et al., 1997). Im vorliegenden Beitrag wird die interne Validität der Skalen dieses Fragebogens anhand probabilistischer Testmodelle untersucht. Die Ergebnisse sollen zeigen, ob und in welchem Umfang die verwendeten statistischen Methoden im Vergleich zu klassischen Analyseansätzen zusätzliche Informationen über die psychometrischen Eigenschaften eines Messinstruments liefern können und damit ggf. auch bei der Evaluation von rehabilitationswissenschaftlichen Assessmentverfahren in anderen Gebieten anwendbar sind.

Methodik

Die untersuchte Stichprobe umfasst N=591 Patienten in der stationären Rehabilitation, die im Rahmen einer multizentrischen Querschnittsstudie u.a. mit dem NHP-Bogen befragt wurden. Es handelt sich um Patienten aus 11 unterschiedlichen Diagnosegruppen (größte Diagnosegruppen: Mamma-Karzinome, Dorsopathien, gastrointestinale Tumoren). Die Erhebungen erfolgten in 10 Rehabilitationskliniken und 2 Begutachtungsstellen des MDK. Zur

statistischen Analyse der Fragebogendaten wurden die Programme MIRA (von Davier, 1994) und BILOG (Mislevy et al., 1990) verwendet.

Ergebnisse

Die Überprüfung der Anpassungsgüte des einparametrischen logistischen Testmodells („Rasch-Modell“) ergab bei zwei Subskalen des NHP bereits im ersten Schritt ein zufriedenstellendes Ergebnis. Nach Maßgabe des Pearson- und Likelihood Ratio-Chi-Quadrat Tests konnte das Rasch-Modell als für diese beiden Subskalen angemessenes Skalierungsmodell akzeptiert werden (Pearson Chi-Quadrat-Werte / Freiheitsgrade: Energie - 3,9 / df=2; soziale Isolation - 16,0 / df=22). Sowohl die globale Modellanpassung als auch die Item-Fit-Statistiken zeigten bei den übrigen Subskalen eine z.T. deutliche Fehlanpassung, die jedoch nach Entfernung von maximal zwei Items je Unterskala weitgehend beseitigt wurde (Chi-Quadrat-Werte / Freiheitsgrade: Schmerz - 124,6 / df=114; emotionale Reaktion - 354,8 / df=240; physische Mobilität - 57,0 / df=52). In einem Fall, bei der Subskala Schlaf, konnte jedoch mit dem Rasch-Modell keine statistisch befriedigende Lösung gefunden werden. Deshalb wurde für diese Skala ein zweiparametrisches logistisches Modell, das sog. Birnbaum-Modell berechnet. Dieses Modell gestattet abweichend vom Rasch-Modell die Schätzung zusätzlicher Parameter, die eine für jedes Item unterschiedliche Steigung der Item-Charakteristik-Kurve beschreiben. Mit diesem Modell lag auch für die Subskala Schlaf ein in Grenzen akzeptables Skalierungsmodell vor (Chi-Quadrat-Wert/Freiheitsgrade: 31,3 / df=14).

Nach einer Schätzung der Score-Werte auf der Grundlage der akzeptierten Skalierungsmodelle wurde korrelationsstatistisch die Übereinstimmung dieser Score-Werte mit den in der üblichen Auswertungsroutine berechneten ungewichteten Summenwerten aus allen einer Subskala zugeordneten Items untersucht. Hierbei zeigte sich, dass diese Korrelationen in keinem Fall unter 0,95 sanken, also ein hoher linearer Zusammenhang zwischen den einfachen und den modellgestützten Scores bestand.

Schlussfolgerungen

Die Sektionen des Nottingham Health Profile sind - ggf. nach Entfernung weniger modellunverträglicher Items - mit dem Rasch- bzw. Birnbaum-Modell skalierbar. Damit kann der Fragebogen auch nach den Kriterien der probabilistischen Testtheorie zumindest im hier untersuchten Kollektiv als hinreichend intern valide eingeschätzt werden. Die aus den Modellparametern ableitbaren Informationen liefern wichtige Angaben über die Messcharakteristik der Items, z.B. über deren Lokalisation auf der latenten Skala oder ihre Diskriminationsfähigkeit. Vor dem Hintergrund der sehr hohen Korrelation der anhand der expliziten Messmodelle gewonnenen Scores und der einfachen Summenwerte scheint eine entsprechende modellgestützte Schätzung von Scores in der Forschungsroutine jedoch nicht erforderlich zu sein.

Literatur

Kohlmann, T., Bullinger, M., Kirchberger-Blumstein, I. (1997): Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. Sozial- und Präventivmedizin; 42, 175-185.

Mislevy, R.J., Bock, R.D. (1990): BILOG 3. Item analysis and test scoring with binary logistic models. Mooresville: Scientific Software Inc.

Van der Linden, W.J., Hambleton, R.K. (1997): Handbook of modern item response theory. New York: Springer.
Von Davier, M. (1994): WINMIRA: A program system for analyses with the Rasch model, with the latent class analysis and with the mixed Rasch model. Kiel: Institute for Science Education (IPN).

Psychometrische Analysen zur Validierung einer kliniktauglichen Modifikation des deutschsprachigen SF-36

Müller, H., Franke, A., Schuck, P., Resch, K.L.

Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Bad Elster

Der Short Form-36 Health Survey (SF-36) ist ein international sehr häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung der krankheitsübergreifenden (generischen) gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ware et al., 1993). Der von den Patienten selbst ausgefüllte Fragebogen umfaßt 36 Items, die acht Skalen zugeordnet werden, die wiederum der WHO-Definition inhaltlich unterscheidbarer Gesundheitsaspekte in etwa entsprechen. Die besonderen Vorzüge des SF-36 - seine internationale Verbreitung und Vergleichbarkeit und seine bei dem breiten abgedeckten Spektrum relative Kürze - werden für viele Untersuchungen dadurch in Frage gestellt, dass etliche seiner Fragen spezifisch auf Arbeits- und Haushaltstätigkeiten zugeschnitten und damit am Ende eines Klinikaufenthalts unpassend sind. Dementsprechend stoßen diese Items und zum Teil auch der ganze Fragebogen bei vielen Patienten am Ende eines Klinikaufenthalts auf mangelnde Akzeptanz, was nicht nur technische Schwierigkeiten durch fehlende Werte bereitet, sondern mitunter auch die Durchführung einer Studie insgesamt negativ tangiert. Zwingmann et al. (1998) beobachteten an einer Stichprobe von 244 Rehabilitanden, dass die Häufigkeit fehlender Werte bei vier Skalen des SF-36 am Ende einer stationären Rehabilitationsmaßnahme um jeweils mehr als 400 % stieg, und raten deshalb sogar, den SF-36 erst mit größerem Abstand vom Klinikaufenthalt einzusetzen.

Wir erstellten eine modifizierte Fassung der deutschsprachigen Version des SF-36 mit einwöchigem Zeitfenster (Bullinger et al., 1998), bei der in drei einleitenden Formulierungen zu insgesamt acht Items einige wenige, für den Klinikaufenthalt besonders unpassende Konkretisierungen wie „zu Hause“ und „bei der Arbeit“ entfernt wurden. In einer laufenden Validierungsstudie an ca. 150 Rehabilitanden werden zwei bis vier Wochen vor und bei Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme der modifizierte Fragebogen und der Originalfragebogen in randomisierter Reihenfolge abwechselnd an den gleichen Probanden erhoben. Am Ende der Rehabilitation wird lediglich der modifizierte Fragebogen eingesetzt.

Der psychometrische Vergleich von modifizierter und Original-Version des SF-36 erfolgt unter anderem mit Strukturgleichungsmodellen, wie sie auch bei der Konstrukt-Validierung von zehn verschieden sprachigen Versionen des SF-36 erfolgreich eingesetzt wurden (Keller et al., 1998). Erste Erfahrungen in der vorgestellten und anderen Studien, an mehreren hundert Probanden deuten darauf hin, dass der modifizierte Fragebogen im Gegensatz zur Originalversion auch am Ende eines Klinikaufenthalts gut akzeptiert wird. Wenn die

psychometrische Validierung der minimal modifizierten Version des SF-36 - wie erhofft - befriedigende Ergebnisse liefert, läge damit ein Instrument zur Erfassung der generischen Lebensqualität vor, das einerseits weitestgehend äquivalent zum SF-36 ist und anderseits dessen deutliche Probleme beim Einsatz am Ende von stationären Rehabilitationsmaßnahmen vermeidet.

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

Keller, S.D., Ware, J.E., Jr., Bentler, P.M., Aaronson, N.K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Sullivan, M., Gandek, B. (1998): Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology 51: 1179-1188.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993): SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Zwingmann, C., Metzger, D., Jäckel, W.H. (1998): Short Form-36 Health Survey (SF-36): Psychometrische Analysen der deutschen Version bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Diagnostica 44: 209-219.

Evaluation eines neuen Assessmentinstruments: Resident Assessment Instrument - Acute Care (RAI AC) für die pflegerische Versorgung und die Entlassungsplanung älterer Patienten im Akutkrankenhaus

Polak, U., Garms-Homolovà, V.

Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., Berlin

Hintergrund der Untersuchung

Zur Vermeidung des „Drehtür-Effekts“ älterer Patienten im Akutkrankenhaus und für die rechtzeitige Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen ist ein frühzeitiges Assessment und eine Entlassungsplanung notwendig (Sofaer, 1994).

Mit dem RAI AC werden nach der Aufnahme Informationen über den häuslichen Status des Patienten und über seinen momentanen Gesundheitsstatus standardisiert erhoben. Diese Assessmentergebnisse dienen als Grundlage für die pflegerische Versorgung und für die Vorbereitung der Entlassung. 24 Stunden vor der Entlassung wird ein identisches Abschlussassessment durchgeführt und die Behandlungsempfehlung für die Anschlussversorgung überprüft bzw. festgelegt. Durch das Assessment werden 15 verschiedene Bereich wie kognitive Fähigkeiten, soziales Verhalten, Funktionsstatus, ADL, IADL, Sinnesfunktionen auf standardisiert erfasst (Hawes et al., 1997).

Methodik, Studiendesign

In einer Feldstudie wird die Reliabilität und Akzeptanz des neuen Instruments getestet. In sechs Krankenhäusern wurde der RAI AC auf verschiedenen Stationen eingesetzt

(Kardiologische, Orthopädische, Rheumatologische, Innere Abteilung). 70 Patienten über 65 Jahren wurden in der laufenden Studie mit den RAI AC durch 2 professionelle Assessoren beurteilt (Doppelassessment zum gleichen Zeitpunkt). Die Patienten werden entweder bei der Aufnahme oder bei der Entlassung mit dem RAI AC beurteilt. Jeder Assessor gibt zusätzlich per Fragebogen Auskunft über den Zeitaufwand für das Assessment, Handhabbarkeit und Beurteilungsschwierigkeiten.

Ergebnisse

Der überwiegende Anteil der Items des RAI AC Assessment erreicht zufriedenstellende Werte bei der Interrater-Reliabilität. 28 % der Items erreichen einen Interrater-Reliabilitätskoeffizient (Cohen, 1968) $\kappa < .40$, weitere 38 % der Items liegen zwischen $\kappa = .40$ bis .69 und ein Drittel weist κ-Werte über .70 auf. Allerdings sind Unterschiede zwischen dem Aufnahme und dem Entlassungsassessment festzustellen. Zur Zeit befinden sich noch Erhebungen von 1999 in der Auswertung.

Diskussion

Die abweichenden Reliabilitätsergebnisse sind auch vor dem Hintergrund eines relativ inhomogenen Patientenguts und unterschiedlicher Erfahrung mit Assessments in den Krankenhäusern zu sehen. Die Bewertung des Assessmentverfahrens durch die Studienteilnehmer ist sehr unterschiedlich, im Vordergrund steht die Kritik an dem Zeitbedarf für das Assessment (Durchschnitt: 28,5 Min.) Insgesamt scheinen die Übereinstimmungen für das Entlassungsassessment deutlicher zu sein als für das Aufnahmeassessment, welches die Befragung des Patienten über seinen prämorbiden Gesundheitsstatus und seine häusliche Wohnumwelt einschließt.

Die weitere inhaltliche Überprüfung der Ergebnisse soll Aufschluss über Reliabilitätsunterschiede auf Bereichs- bzw. Einzelitemebene geben. Angestrebtes Zukunftsziel ist es, mit dem RAI AC Indikatoren für die Frühbestimmung von Risikogruppen zu entwickeln (Carpenter, G.I. et al., unveröff.).

Literatur

Carpenter, G.I., Teare, G., Steel, K. et al. (unveröff.): Reliability of a new instrument for the Assessment of Older People Admitted to Acute Hospital Care: The Minimum Data Set for Acute Care (MDS-AC).

Cohen, J. (1968): Weighted Kappa. Nominal Scale Agreement with Provision for Scaled Disagreement of Partial Credit. Psychological Bulletin, 70, 213-220.

Hawes, C., Morris, J.N., Phillips, C. D. et al. (1997): Developement of the nursing home. Resident Assesment Instrument in the USA. Age und Ageing, 26, Suppl. 2, 19-25.

Sofaer, S. (1994): Applying Organizational Theory to Improve the Continuity of Health Service for Older Persons. Journal of Applied Gerontology, 13 (1), 73-85.

Eine externe Validitätskontrolle der Indexwerte des EuroQol-5D zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Kerim-Sade, C., Wasem, J.

Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Greifswald

Der EuroQol-5D, ein aus fünf Dimensionen und jeweils drei Antwortlevel bestehendes Indexinstrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wurde 1998 von Prof. v.d. Schulenburg und seiner Arbeitsgruppe in Hannover mittels einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung validiert. Des weiteren wurde ein mathematisches Modell zur Berechnung aller 243 theoretisch möglichen Gesundheitszustände, die mit dem EuroQol-5D beschrieben werden können, entwickelt. Hierzu wurden 13 unterschiedliche Gesundheitszustände von der Bevölkerung direkt auf einer visuellen Analogskala zwischen 0 und 100 bewertet; die Indexwerte aller Gesundheitszustände können mittels Gewichtungsfaktoren aller Dimensionen und Antwortlevel interpoliert werden.

Da Indexwerte in vielen epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien verwendet werden, erschien eine Überprüfung der Validität des Modells und seiner Gewichtungsfaktoren sinnvoll.

Im Mai und Juni 1999 wurde eine neuerliche randomisierte, schriftliche Befragung von 3000 Haushalten in ganz Deutschland durchgeführt. Der erste und zweite Teil des EuroQol, die Definition des eigenen Gesundheitszustands und dessen Bewertung auf der visuellen Analogskala (VAS), wurde unverändert übernommen. Der dritte Teil, die Bewertung fremder Gesundheitszustände, wurde überarbeitet und modifiziert. Mittels eines bestimmten Systems wurden 14, in der ersten Studie nicht berücksichtigte Gesundheitszustände sowie der best- und der schlechtestmögliche Zustand als Ankerpunkte ausgewählt und der Stichprobe zur Bewertung auf der VAS vorgelegt.

Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit ergab sich eine sehr gute Übereinstimmung mit der ersten Studie ohne signifikante Unterschiede in der Bewertung der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die externe Validierung des Schätzmodells erfolgte in mehreren Schritten. Die Mittelwerte und Mediane der 16, in der Validierungsstudie befragten Gesundheitszustände wurden mit den Schätzwerten der Hannoveraner Studie verglichen, des weiteren die Korrelation der direkt bewerteten Gesundheitszustände mit den Schätzwerten graphisch dargestellt und berechnet. In einem dritten Schritt wurden aus den Daten der Validitäts-Kontrollstudie neue Gewichtungsfaktoren zur Berechnung von Indexwerten ermittelt und mit den Hannoveraner Werten verglichen.

Die Resultate aller drei Methoden der Validitätskontrolle lassen befürchten, dass die Indexwerte des EuroQol-5D nicht stabil und valide sind. Es ergaben sich in jeder Phase der Validitätsprüfung signifikante Unterschiede, so dass eine weitere Bearbeitung des Modells empfehlenswert scheint. 15 der 16 Schätzwerte waren signifikant unterschiedlich von den in direkter Bevölkerungsbefragung ermittelten Mittelwerten für die verschiedenen Gesundheitszustände. Auch die Ergebnisse der Korrelationsberechnung lassen einen erheblichen Bias vermuten. Bei den neu ermittelten Gewichtungsfaktoren zeigte sich bei acht von zehn

eine statistisch signifikante Differenz zu den bisher gültigen Faktoren zur Berechnung von Indexwerten.

Insbesondere die Frage der Kontextabhängigkeit zwischen den fünf Dimensionen, die uns als logischer Grund dieser deutlichen Differenzen erscheint, muss intensiv untersucht werden, um mit einer wirtschaftlich machbaren Anzahl von Bevölkerungseinschätzungen zu einem stabilen und validen Modell zur Berechnung von Indexwerten zu gelangen.

Da der EuroQol-5D mit seinen Indexwerten zur Berechnung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein sehr gut einsetzbares und brauchbares Bewertungsinstrument darstellt, ist weiteres, intensives Bemühen sinnvoll, um die Validität des Instruments zu erhöhen.

Kulturelle Adaptation und psychometrische Evaluation des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D)

König, A. (1), Kirschner, S. (1), Walther, M. (1), Matzer, M. (1), Heesen, T. (1), Böhm, D. (1), Faller, H. (2)

(1) Orthopädische Universitätsklinik König-Ludwig-Haus, Würzburg, (2) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität, Würzburg

Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist es, die kulturelle Adaptation und psychometrische Evaluation des für Erkrankungen des Bewegungsapparates konzipierten US-amerikanischen Short Form Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire (SMFA) (Swiontkowski et al., 1999) bei Patienten mit totalendoprothetischem Kniegelenkersatz zu beschreiben. Die Outcomeforschung hat in den USA einen großen Stellenwert (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1994).

Patienten und Methoden

Der SMFA umfasst zwei Skalen, Funktionsindex (34 Fragen) und Beeinträchtigungsindex (12 Fragen) (Swiontkowski et al., 1999). Er erfasst Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates aus Sicht der Patienten. Hohe Indizes zeigen eine schlechte Funktion an. Gemäß den Richtlinien über die kulturelle Adaptation von Messinstrumenten des Gesundheitszustandes (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1994) wurde der SMFA von einem interdisziplinären Team bearbeitet.

Die Patienten beurteilten Verständlichkeit und Dauer des Ausfüllens. Analysiert wurden 66 konsekutive Patienten (51 Frauen, 15 Männer) mit einem mittleren Alter von 71 Jahren (Bereich: 58 bis 86 Jahre) sowie primärer Gonarthrose und knieendoprothetischem Oberflächenersatz. Die Retestreliabilität wurde durch Ausfüllen des SMFA-D 7 bis 10 Tage vor sowie am Tag der stationären Aufnahme bestimmt. Die Kriteriumsvalidität wurde durch Korrelation mit der Arzteinschätzung der Funktionseinbuße der unteren Extremitäten, selbstgewählter Gehgeschwindigkeit der Patienten und dem WOMAC[4] ermittelt. Die konvergente Konstruktvalidität wurde mittels eines Arthrose-Schweregrad-Scores (ASS) erfasst, in den Voroperationen, Verwendung von Gehhilfe und Einnahme von Schmerzmedikation einflos-

sen. Zur Bestimmung der diskriminanten Konstruktvalidität wurden die SMFA-D-Werte von Untergruppen des ASS verglichen. 12 bis 16 Wochen postoperativ wurden alle Patienten klinisch und radiologisch kontrolliert und füllten erneut den SMFA-D-Bogen aus, um die Änderungssensitivität zu bestimmen.

Ergebnisse

Die Übersetzung des SMFA war hinsichtlich Inhalt und Formulierung weitestgehend problemlos. Die Patienten benötigten im Mittel ca. 20 Minuten (10-30), um die 46 Fragen zu beantworten. Probleme mit der Verständlichkeit traten nicht auf. Die Normalverteilung der Werte ist für beide Indizes gegeben. Es zeigten sich keine Boden- oder Deckeneffekte. Die Schiefe lag bei - 0,13 für den Funktionsindex und - 0,12 für den Beeinträchtigungsindex. Die Retestreliabilität des Funktionsindexes lag bei r=0,85, die des Beeinträchtigungsindex bei r=0,68. Die interne Konsistenz ergab ein Cronbach's-Alpha von 0,92 (Funktionsindex) und 0,87 (Beeinträchtigungsindex). Die Werte des Funktionsindex korrelierten mit der Einschätzung der Funktionseinbuße(r=0,5), die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit (r=0,6) und der des WOMAC (r=0,8). Der ASS korrelierte mit dem Funktionsindex (r=0,4) nicht jedoch mit dem Beeinträchtigungsindex. Der mittlere Funktionsindex von Patientengruppen mit oder ohne Gehhilfe ($p<0.03$) und Patienten mit oder ohne Schmerzmedikation ($p< .003$) unterschied sich. Der Funktionsindex verbesserte sich signifikant ($p < 0.001$) von präoperativ (MW=40, SD=16), zu postoperativ (MW=29, SD=18, Effektstärke=0,92). Der Beeinträchtigungsindex änderte sich von präoperativ (MW=42, SD=18), auf postoperativ (MW=32, SD=21, Effektstärke=0,57).

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass auch die deutschsprachige Version des SMFA ein reliabler, valider und praktikabler Fragebogen zur patientenzentrierten Erfassung von Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates ist. Sie zeigen eine gute Kriteriums- und Konstruktvalidität und Änderungssensivitität des Funktions- und Beeinträchtigungsindex des SMFA-D bei mit totalendoprothetischem Oberflächenersatz behandelten Patienten.

Literatur

American Academy of Orthopaedic Surgeons (1994): Fundamentals of outcome research.

Guillemin, F. (1995): Measuring health status across cultures. Rheumatology in Europe: 2, 102-103.

Stucki, G. et al. (1996): Evaluation einer deutschen Version des WOMAC Arthroseindex. Z. Rheumatol.: 55, 40-49.

Swiontkowski, M.F. et al. (1999): Short Form Musculoskeletal Function Assessment: Reliability, Validity and Responsiveness. J. Bone Joint Surg. 81A, 1245-1260.

Lassen sich durch ein Eingangs-Assessment auf der Ebene der Fähigkeitsstörungen homogene Patientengruppen definieren?

Dauch, W.A.

Allgemeines Krankenhaus Eilbek, Hamburg

In der Rehabilitationsforschung wird immer wieder die Forderung erhoben, die Einflusskriterien klinischer Studien so zu formulieren, dass homogene und eindeutig definierte Kohorten entstehen. Nur dann seien die Ergebnisse verschiedener Studien und ggf. verschiedener Therapieregime zu vergleichen.

Wir prüften in einer Gruppe von Frührehabilitations (FR-)Patienten, die schwere cerebrale Verletzungen oder akute Erkrankungen erlitten hatten, ob das initiale Ausmaß der Fähigkeitsstörungen (quantifiziert mit Hilfe eines gängigen Skalierungssystemes, hier der functional independence measure, FIM) zu einer solchen Definition homogener Patientenstichproben beitragen kann. Die Erhebung des FIM-Scores (Wertebereich: 18 - 126 Punkte) erfolgte wöchentlich bei einer Population von 340 FR-Patienten. Ein Wert zwischen 18 und 22 Punkten zu Beginn der FR-Behandlung diente als Einschlusskriterium für eine selektierte Stichprobe, die somit eine besonderes schwer betroffene Teilpopulation umfassen sollte. Zielgröße war der Punktezuwachs auf dieser Skala bis zum Ende der FR-Behandlung.

Unter Berücksichtigung weiterer Randbedingungen (Alter über 14 Jahre, FR-Beginn innerhalb von sechs Monaten nach der cerebralen Läsion, Behandlungsdauer mehr als 21 Tage) selektierte das Einschlusskriterium 162 Patienten.

Ergebnisse

1. Bezüglich des Diagnosespektrums waren in der selektierten Stichprobe Patienten mit spontanen subarachnoidalen oder intracerebralen Blutungen überrepräsentiert.
2. Die Frührehabilitation der selektierten Patienten begann etwas früher (Mittelwert 49 vs. 61 Tage) und dauerte etwas länger (126 vs. 103 Tage) als in der Gesamtpopulation.
3. Die Klinikletalität betrug ebenso wie in der Gesamtpopulation 4 %.
4. Auch in der selektierten Stichprobe fand sich ein breites Spektrum von Krankheitsverläufen; die Entlassungsbefunde reichten von völliger funktioneller Unabhängigkeit (FIM > 120) bis zum persistierenden vegetativen Status mit nur geringer relativer Verschiebung: Einen FIM-Zuwachs von mindestens 10 Punkten zeigten 48 % der selektierten Patienten im Vergleich zu 56 % bei der Gesamtpopulation.
5. Auch in der selektierten Stichprobe war das Risiko eines ungünstigen Verlaufes vom Vorhandensein zusätzlicher Merkmale abhängig, etwa einem hohen Alter (über 65 Jahren), einem späten FR-Beginn (später als 70 Tage) und beispielsweise dem Vorliegen einer hypoxischen Hirnschädigung.
6. Erfolgte das Eingangs-Assessment zusätzlich mit einer Skala, die die Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize misst (Koma Remissions Skala, KRS, Wertebreich 1 - 24 Punkte), so konnte die Stichprobe weiter differenziert werden: Bei gleichen FIM-Score waren unterschiedliche KRS-Werte mit unterschiedlichen Behandlungsergebnissen assoziiert.
7. Von denjenigen Patienten, die ausweislich der FIM-Skala keine erkennbare Rückbildung ihrer Fähigkeitsstörungen zeigten (FIM bei Entlassung wie bei Aufnahme unter 23

Punkten), erlangten immerhin 60 % eine Verbesserung der Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit.

Die KRS weist ausgeprägte ceiling-Effekte und die FIM-Skala ebenso ausgeprägte floor-Effekte auf. Beide Skalen in Kombination scheinen jedoch geeignet, das für die FR relevante klinische Spektrum zwischen Koma und fortgeschrittener Restitution abzubilden. Auch individuelle Krankheitsverläufe lassen sich auf diese Art quantitativ darstellen. Die Schaffung homogener Patientenstichproben ist jedoch durch keine der Skalen alleine und auch nicht durch ihre Kombination möglich: Hierzu sind Zusatzinformationen erforderlich, wie beispielsweise Diagnose, Alter, Erhebungszeitpunkt und evtl. auch neuropathologische Merkmale.

Zur Änderungssensitivität des „Funktionsfragebogens Hannover (FFbH)“: Welchen Vorteil bieten indikationsspezifische Skalen zur Messung der Funktionskapazität?

Kohlmann, T. (1), Raspe, H. (1), Zeidler, H. (2), Hettich, M. (3), Leonard, J. (3)

(1) Medizinische Universität, Lübeck, (2) Medizinische Hochschule, Hannover, (3) Boehringer Ingelheim Pharma KG, Ingelheim

Hintergrund

Mit seinen Versionen für Patienten mit polyartikulären Erkrankungen (FFbH-P), Rückenschmerzen (FFbH-R) und Arthrosen der Hüft- oder Kniegelenke (FFbH-OA) stellt der Funktionsfragebogen Hannover ein standardisiertes Instrumentarium zur indikationsspezifischen Erfassung von Funktionseinschränkungen im Alltag insbesondere für die rehabilitationswissenschaftliche Forschung zur Verfügung (Muthny et al., 1999). Die Sensitivität der FFbH-Instrumente gegenüber Veränderungen im Zeitverlauf konnte in verschiedenen Studien belegt werden (Kohlmann et al., 1996; Kohlmann et al., 1999). Der vorliegende Beitrag widmet sich der Frage, ob und in welchem Umfang problemspezifische Inhalte der Fragebogenversionen in unterschiedlichen Indikationsgruppen (rheumatoide Arthritis, Arthrose) eine differentielle Änderungssensitivität bedingen.

Methodik

Die empirische Basis der Analyse bildet eine Teilmenge der im Rahmen einer umfangreichen Anwendungsbeobachtung (Gesamt-N=13.307) bei Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungen erhobenen Daten. Die Patienten wurden mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (Meloxicam) über einen Zeitraum von im Median 55 Tagen ambulant behandelt. Sie beantworteten vor Beginn und zum Ende der Behandlung bzw. zum Ende der dreimonatigen Beobachtungsperiode einen aus 21 Items bestehenden Funktionsfragebogen, der eine Auswahl aus den Items des FFbH-P (9 Items), des FFbH-R (6 Items) und des FFbH-OA (6 Items) enthielt. Aus diesem Gesamtkollektiv wurden für die vorliegende Studie alle Patienten mit der Diagnose rheumatoide Arthritis (N=2.377) bzw. Arthrose (N=6.211) ausgewählt.

Zur statistischen Analyse der Änderungssensitivität wurden für den verwendeten Fragebogen insgesamt sowie getrennt für die drei indikationsspezifischen Teile „standardised response means“ (SRM, Quotient aus Differenz der Messwerte zu beiden Zeitpunkten und deren Standardabweichung) berechnet. Diese wurden sowohl in einer einfachen Gegenüberstellung zwischen den Diagnosegruppen verglichen als auch in einem Ansatz der multivariaten Modellierung unter Kontrolle von Alter und Geschlecht und deren Interaktionen mit der Zugehörigkeit zu einer der Diagnosegruppen analysiert. Darüber hinaus wurde die Übereinstimmung der im Funktionsfragebogen und seinen Subskalen erfassten Veränderungen mit dem Arzturteil über die Wirksamkeit der Therapie untersucht.

Ergebnisse

In der Gesamtgruppe der N=8.588 Patienten war für den Funktionsfragebogen insgesamt mit einem SRM von 1,12 eine nach der üblichen Terminologie hohe Effektstärke zu verzeichnen. Mit SRMs zwischen 0,96 und 1,00 lagen die Werte der drei Teilskalen (P-Items, R-Items, OA-Items) nur unwesentlich unter diesem Niveau. Bei der nach Diagnosegruppen getrennten Auswertung der SRMs zeigten sich nur geringe Unterschiede: Die Änderungssensitivität der P-Items lag in der Gruppe mit rheumatoider Arthritis mit einem SRM von 1,03 nur sehr geringfügig über dem Wert in der Arthrosegruppe (SRM=1,00), im R-Teil des Fragebogen wurden in diesen Gruppen SRMs von 0,97 bzw. 0,95 erzielt. Nur für den OA-Teil des Funktionsfragebogens war eine unterschiedliche Änderungssensitivität zu beobachten, die in der Arthrosegruppe bei einem SRM von 1,02 lag, in der Arthritisgruppe hingegen nur einen Wert von 0,86 erreichte.

Unter regressionsanalytischer Kontrolle von Alter und Geschlecht erhöhte sich der Sensitivitätsvorteil des P-Teils in der Arthritisgruppe gegenüber der Arthrosegruppe auf etwa 0,2 Einheiten der Standardabweichung, die Resultate für die R- bzw. OA-Subskalen wurden durch die Berücksichtigung der Kovariaten nicht relevant beeinflusst. Für das Alter ergab sich erwartungsgemäß eine mit höherem Lebensalter abnehmende Änderungssensitivität des Fragebogens insgesamt sowie seiner indikationsspezifischen Teile. Bedeutsame Interaktionseffekte zwischen Alter, Geschlecht und der Diagnosegruppe traten nicht auf.

Bei einer geringen Übereinstimmung der ärztlichen Beurteilung der Wirksamkeit (zufriedenstellend/schlecht vs. sehr gut/gut) mit den ebenfalls in zwei Gruppen eingeteilten Differenzwerten des Funktionsfragebogens (Verschlechterung/keine Veränderung vs. Verbesserung) fanden sich nur unwesentliche, allerdings erwartungskonforme Unterschiede zwischen den indikationsspezifischen Fragebogenteilen. Cohens Kappa betrug für die P-Subskala in der Arthritisgruppe 0,22 (Arthrose: 0,19), für die OA-Subskala in der Arthrosegruppe 0,16 (rheumatoide Arthritis: 0,14).

Schlussfolgerungen

Unsere Analysen zeigten, dass bei einem Vergleich der Änderungssensitivität der untersuchten indikationsspezifischen Fragebogenskalen geringe, jedoch in der Richtung den Erwartungen entsprechende Unterschiede beobachtet werden können. Es scheint, dass diese Unterschiede mit der Spezifität der Skalen selbst variieren: Während Funktionsfragen, die eher unspezifische Komplexbewegungen (P- und R-Skalen des Funktionsfragebogens) erfassen, in beiden Diagnosegruppen etwa gleich änderungssensitiv waren, konnte der auf Bewegungen der unteren Extremitäten fokussierende OA-Teil des Fragebogens die Veränderungen in der Gruppe der Arthrosepatienten besser als in der Gruppe mit rheumatoider Arthritis abbilden. Soweit im Zeitverlauf nur geringe faktische Veränderungen erwartet werden, sprechen diese Ergebnisse für die Wahl eines besonders auf die indikationsspezifischen Probleme ausgerichteten Fragebogens. Bei klinisch manifesten Veränderungen, wie sie in dieser Anwendungsbeobachtung mit Meloxicam auftraten, ist der methodische Gewinn durch die Verwendung eines indikationsspezifischen Fragebogens jedoch geringer einzuschätzen.

Literatur

Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Die Rehabilitation, 35, I-VIII.

Kohlmann, T., Richter, T., Heinrichs, K. et al. (1999): Entwicklung und Validierung des Funktionsfragebogens Hannover für Patienten mit Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke (FFbH-OA). DRV-Schriften, Band 12, 40-42, Frankfurt: VDR.

Muthny, F.A., Bullinger, M., Kohlmann, T. (1999): Variablen und Erhebungsinstrumente in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Würdigung und Empfehlungen. DRV-Schriften, Band 16, 53-79, Frankfurt: VDR.

Die Checkliste für den Schweregrad von Funktionsstörungen und Strukturschäden (F/S-Checkliste)

Schuntermann, M.F.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswisseneschaftliche Abteilung, Frankfurt am Main

Ein Instrument zur Bestimmung des Schweregrades der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person im Sinn der ICIDH-2 ist für (1) die medizinische und rehabilitative Versorgung einschließlich Bedarfsermittlung, (2) die medizinische und sozialmedizinische Beurteilung, (3) die Auswahl spezifischer Behandlungsmethoden, (4) die Evaluation der Behandlungsmethoden, (5) die Prognose von Leistungseinschränkungen oder Einschränkungen in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere am Arbeitsleben, (6) die Prognose der weiteren Inanspruchnahme medizinischer oder rehabilitativer Leistungen sowie für Planungsaufgaben verschiedenster Art hilfreich, steht jedoch derzeit nicht zur Verfügung. Im folgenden wird ein solches Instrument zur Diskussion gestellt.

Die F/S-Checkliste baut methodisch auf der Duke Checkliste für den Krankheitsschweregrad (DUSOI: Parkerson et al., 1998) auf. Im Gegensatz zur DUSOI bilden jedoch bei der F/S-Checkliste Funktionseinschränkungen und Strukturschäden des Körpers und der körpereigenen Systeme (allgemein: Schäden) den Ausgangspunkt, die mit der ICIDH-2 klassifizierbar sind. Die F/S-Checkliste ist krankheitsübergreifend (generisch).

Die Bedeutung von Schäden ergibt sich daraus, in welchem Ausmaß sie andere Bereiche der Funktionsfähigkeit einer Person wie (physische, mentale und soziale) Aktivitäten des täglichen Lebens einschließlich des Erwerbslebens und Partizipation an zentralen Lebensbereichen wie Selbstversorgung, Informationsaustausch, Mobilität, soziale Beziehungen und Erwerbsleben) in Abhängigkeit von Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt aktuell oder prognostisch einschränken oder sogar aufheben können und welche Interventionsmöglichkeiten mit welcher Erfolgsprognose bestehen.

Bei der F/S-Checkliste werden folgende vier Aspekte (Parameter) berücksichtigt: (1) Ausmaß der Funktionsstörungen/Strukturschäden, (2) aktuelle oder erwartete Komplikationen.

(3) aktuelle oder erwartete Einschränkungen in den Aktivitäten mit Auswirkungen auf die Partizipation an Lebensbereichen und (4) Interventionsmöglichkeit.

Aus den numerischen Bewertungen (von 0 bis 4) jedes Parameters lässt sich auf einfache Art der F/S-Einzelscore (von 0: niedrigster Schweregrad bis 100: höchster Schweregrad) für jeden Schaden bestimmen. Für das gesamte Schadensbild einer Person steht der F/S-Gesamtscore zur Verfügung. Schließlich kann der F/S-Partialscore, bei dem der Schaden mit dem höchsten F/S-Einzelscore unberücksichtigt bleibt, in die Betrachtung einbezogen werden. Der F/S-Partialscore gibt Auskunft über die Bedeutung dieses Schadens im gesamten Schadensbild. Je weniger er sich vom Gesamtscore unterscheidet, desto komplexer ist das Problem.

Die F/S-Checkliste wird durch einen Arzt ausgefüllt. Für die Selbsteinschätzung durch den Probanden ist die F/S-Checkliste nicht geeignet.

Alle drei Schweregrade können mit Bleistift und Papier berechnet werden. Um die Arbeit zu erleichtern und um Rechenfehler zu vermeiden ist es jedoch zweckmäßig, die Schweregrade mit einem beliebigen Tabellenkalkulations- oder Datenbankprogramm auf PC zu berechnen.

Beispiel[6]

Patient: 56 Jahre, männlich, Hirninfarkt li. mit proximal betonter Hemiparese rechts, Patient nicht allein lebend, sozial eingebunden.

	F/S-Checkliste					
Funktionsstörung/ Strukturschaden	**Ausmaß**	**Komplikationen**	**ADL**	**Interventionsmögl.**	**F/S-Einzelscores**	**Rang**
inkomplette Hemiparese, re. Arm	3	3	3	3	75	1
inkomplette Hemiparese, re. Bein	2	3	3	2	62,5	2
Dysarthrie	3	0	3	2	50	3
Harninkontinenz	2	1	2	2	43,75	4
Störg. d. psychomot. Aktivität	2	0	3	2	43,75	5
Angst/Depression	2	0	2	2	37,5	7
arterielle Hypertonie	4	1	0	2	43,75	6

F/S-Gesamtschweregrad = 88,5; F/S-Partialschweregrad = 79,5. Interpretation: Das Schadensbild des Patienten ist zusammen mit seiner Auswirkung und Prognose schwergradig. Der nur mäßige Unterschied zwischen dem Partial- und dem Gesamtscore weist auf ein komplexeres Problem hin, das an die Rehabilitation besondere Anforderungen stellt.

Literatur

Parkerson, G.R., Schuntermann, M.F., Sattler, L.L. (1999): Die DUKE-Checkliste für den Krankheitsschweregrad (DUSOI). Die Rehabilitation 37 (1998), I-XVI. Die deutsche Fas-

[6] Das Beispiel wurde freundlicherweise von Frau Dr. med. E. Hüller, VDR, erarbeitet.

sung ist aufgenommen in S. Biefang, P. Potthoff, F. Schliehe (Hrsg): Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Hogrefe.

Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation

Hafen, K. (1), Bengel, J. (1), Nübling, R. (2), Jastrebow, J. (2)

(1) Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität, Freiburg, (2) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (eqs.) mbH, Karlsruhe

In der rehabilitativen Versorgung tätige Therapeuten schätzen die Motivation der Patienten, sich aktiv am Behandlungsgeschehen zu beteiligen, als eine bedeutende Einflussgröße für den Verlauf und das Ergebnis von Heilbehandlungen ein (Deck et al., 1998). Der Sicherheit, mit der die Bedeutung der Motivation in der Rehabilitation vertreten wird, steht jedoch ein Defizit an empirischen Untersuchungen entgegen. Dieser Mangel innerhalb der Rehabilitationsforschung ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass es derzeit kein Messinstrument gibt, das eine umfassende Erhebung motivationaler Faktoren erlaubt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, ein Instrument zu entwickeln, das sowohl klinisch-praktischen als auch wissenschaftlichen Kriterien genügt und als generisches Messinstrument in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation zum Einsatz kommen kann.

Anhand einer Literaturanalyse wurden vierzehn Dimensionen gefunden, die als relevant für die Reha-Motivation eingestuft wurden. Diese Dimensionen wurden als Grundlage zur Itemformulierung herangezogen; einige Items konnten aus Motivationsfragebögen anderer Bereiche (insbesondere dem Bereich Psychotherapie, Schulz et al., 1995) übernommen werden, der Großteil der Items musste jedoch um- oder neu formuliert werden. Die erste Version des Patientenfragebogens zur Reha-Motivation (PAREMO-Version 1) besteht aus 150 Items. Alle Items sind in Aussageform formuliert und werden mittels einer 4-stufigen Likert-Skalierung eingestuft. Diese erste Version wurde Experten mit langjähriger Erfahrung im rehabilitativen Bereich zugesandt. Korrekturvorschläge wurden in die Fragebogenrohfassung eingearbeitet.

Zur testtheoretischen Überprüfung des Fragebogens und um eine verkürzte und reliable Form des Bogens entwickeln zu können, wurde der PAREMO-Version 1 einer größeren Patientenstichprobe (N = 268) der medizinischen (Orthopädie und Kardiologie) und psychosomatischen Rehabilitation vorgelegt. Zur Itemselektion wurden die Ausschlusskriterien bezüglich des Anteils an Missing Data auf 10 % und des Schwierigkeitsindex auf <15 % und >85 % festgesetzt.

Mit den verbliebenen 82 Items wurden eine Vielzahl von Faktorenanalysen gerechnet. Der Verlauf der Eigenwerte legt unter Zugrundelegung des Screen-Tests Lösungen zwischen 6 und 21 Faktoren nahe. Die unterschiedlichen faktoriellen Lösungen erreichen eine Varianzaufklärung zwischen 40 % und 66,5 %. Mehrere Faktorenstrukturen weisen eine inhaltlich gut interpretierbare Lösung auf, wobei sich die Faktoren der 6-faktoriellen Lösung als äußerst stabil erweisen und sich in allen höheren Faktorenmodellen wiederfinden. Die 6-

faktorielle Lösung wurde daher - trotz der geringeren Varianzaufklärung - als „Musterlösung“ ausgewählt:

PAREMO-1:..... Seelische Belastung und Leidensdruck

PAREMO-2:..... Körperliche Belastung und Leidensdruck

PAREMO-3:..... Soziales Umfeld

PAREMO-4:..... Hoffnungslosigkeit und Skepsis

PAREMO-5: ..... Änderungswunsch

PAREMO-6:..... Wissen und Initiative

Bei der Skalenbildung wurden alle Items berücksichtigt, die auf dem entsprechenden Faktor die höchste Ladung hatten und eine absolute Höhe der Ladung von >.30. Fünf Items wurden aufgrund inhaltlicher Redundanzen eliminiert. Die Skalen beinhalten hiernach zwischen sechs und 18 Items und weisen eine interne Konsistenz (Cronbach’s Alpha) zwischen .72 und .91 auf.

Anhand der sechs Skalen lassen sich Motivationsprofile erstellen. Die Profile können dabei sowohl für die Gesamtgruppe der Rehabilitanden erstellt werden als auch auf der Ebene der einzelnen Indikationsbereiche oder auf individuumsbezogener Ebene. Je nach Ausprägungsgrad der Skalen lassen sich motivierte von weniger motivierten Patienten unterscheiden. Motivationsbezogene Problembereiche können aufgedeckt werden und in ihrer Bedeutung für die rehabilitative Zuweisungssteuerung und Maßnahmenplanung diskutiert werden.

Literatur

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 37, 140-146.

Lienert, G.A., Raatz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schulz, H., Nübling, R., Rüddel, H. (1995): Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5, 89-95.

Operationalisierung von Therapiezielen: Entwicklung eines Arztbogens und eines Funktionstests

Zwingmann, Ch., Spiegel, J., Gerdes, N., Jäckel, W.H.

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

„Die Formulierung der Behandlungsziele ist eine wesentliche Aufgabe zu Beginn der Rehabilitation“ (VDR, 1996) und bildet die Grundlage für die Erstellung eines detaillierten Therapieplans. Folgerichtig wird auch gefordert, den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen „an ihren Zielen zu messen“ (Schliehe et al., 1996; Protz et al., 1998). Bisher allerdings fehlen weitgehend Erhebungsbögen und Verfahren für eine systematisch zielorientierte Vorgehensweise bei der Ergebnismessung.

Um diese Lücke zu schließen, werden in dem im „Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen“ angesiedelten Projekt „Operationalisierung von Therapiezielen für die Überprüfung der Zielerreichung in der Rehabilitation“ Instrumentarien entwickelt, mit denen in den wichtigsten Indikationsbereichen der Rehabilitation Behandlungsziele ausgewählt und deren Prä- und Postwerte ermittelt werden können. Als Strukturierungshilfe für die Ableitung von Behandlungszielen wird ein ICIDH-kompatibles „Theoriemodell der Rehabilitation“ (Gerdes et al., 1998) zugrunde gelegt, welches fünf Zielebenen (somatisch, funktional, psychisch, sozial, edukativ) berücksichtigt. Die Operationalisierung der Therapieziele soll neben den Selbsteinschätzungen der Rehabilitanden auch die Fremdbeurteilungen durch die behandelnden Ärzte als Datenquellen nutzen.

Im ersten Teil des vorliegenden Beitrags werden die bisherigen expertengestützten Entwicklungsarbeiten zu einem entsprechenden Arztbogen für die Indikationsbereiche „Orthopädie/Rheumatologie“ und „Kardiologie“ vorgestellt. In 1998/99 wurden insgesamt fünf Expertentreffen (zwei Treffen für „Orthopädie/Rheumatologie“, ein Treffen für „Kardiologie“, zwei indikationsübergreifende Treffen) sowie zwei schriftliche Expertenbefragungen durchgeführt. Die Expertentreffen und -befragungen hatten zur Aufgabe, wichtige Behandlungsziele der somatischen, funktionalen, psychischen, sozialen und edukativen Zielebene zu identifizieren, entsprechende Operationalisierungsparameter und deren Auswertung festzulegen sowie verschiedene Gestaltungsvarianten im Arztbogen zu besprechen. Unter Rückgriff auf Vorarbeiten (Gerdes et al., 1999; Protz et al., 1998) wurden moderierte Feedbackdiskussionen initiiert, deren Ergebnisse – in Anlehnung an die Delphi-Technik – sowohl denselben als auch anderen Experten zur erneuten Beurteilung und Diskussion präsentiert wurden. Die expertengestützten Entwicklungsarbeiten können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Auf der somatischen Zielebene werden indikationsspezifische Behandlungsziele vorgesehen, während die anderen Zielebenen indikationsübergreifend konzipiert werden können.
- Auf der somatischen Zielebene können die Prä- und Postwerte der meisten Behandlungsziele sinnvoll und praktikabel durch quantitative Messungen ermittelt werden. Insbesondere auf der psychischen Zielebene muss hingegen überwiegend durch zusammenfassende Bewertungen mit Hilfe von Ratingskalen operationalisiert werden. Für die

Umsetzung im Arztbogen wird auf der psychischen Zielebene eine Auswahl bzw. Zusammenfassung der einzelnen Behandlungsziele erwogen.

- Für die somatischen Behandlungsziele werden – jenseits der Bildung einfacher Prä-Post-Differenzen – spezifische Auswertungsstrategien unter dem Aspekt der „klinischen Relevanz“ entwickelt. In Anlehnung an das „Goal Attainment Scaling“ wird im Arztbogen die Angabe konkreter Zielwerte vorgesehen, um auch in definierten Sonderfällen eine adäquate Auswertung zu ermöglichen.
- Ein ausführliches Manual für den Arztbogen mit detaillierten fallbeschreibenden Verankerungen von Ratingskalen wird von den Experten nicht befürwortet. Stattdessen sollen Kurzbeschreibungen in den Arztbogen selbst übernommen werden.

Um auf der funktionalen Ebene, welche die für die Rehabilitation zentrale Zielebene darstellt (Gerdes et al., 1998), nicht in erster Linie auf zusammenfassende Bewertungen auf der Grundlage von Ratingskalen angewiesen zu sein, wird als Operationalisierungsparameter für das Therapieziel „Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens“ ein kurzer, indikationsübergreifender Performance-„Test für Alltagsfunktionen“ (TAF) entwickelt. Der TAF soll unter Verwendung von Alltagshilfsmitteln in weitgehend standardisierter Form mehrere von Krankengymnasten oder Ergotherapeuten beurteilbare Übungen umfassen, die möglichst quantitative Ergebnisse liefern und zu einem TAF-Score verrechnet werden können. Die bisherigen sowohl literatur- als auch expertengestützten Entwicklungsarbeiten zum TAF einschließlich einer Systematik zur Zuordnung und Ableitung geeigneter Übungen werden im zweiten Teil unseres Beitrags vorgestellt.

Literatur

Gerdes, N., Weidemann, H. (Hrsg.) (1999): PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz (WKA) (Unveröff. Entwurfsexemplar). Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung.

Gerdes, N., Zwingmann, Ch., Bührlen, B., Jäckel, W. H., Stier, R., Zwingmann, E. (1998): Ein Theoriemodell der Rehabilitation (Unveröff. Manuskript). Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung. (s. auch Gerdes et al., in diesem Band).

Protz, W., Gerdes, N., Maier-Riehle, B., Jäckel, W. H. (1998): Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 37 (Suppl. 1), 24-29.

Schliehe, F., Haaf, H.G. (1996): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 10-11/96, 666-689.

VDR (1996): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung 10-11/96, 633-665.

Zur Problematik des Transfers der US-amerikanischen FCE-Verfahren (Functional Capacity Evaluation) auf deutsche Verhältnisse

Nellessen, G., Schüle, K.

Institut für Rehabilitation und Behindertensport, Deutsche Sporthochschule, Köln

Einleitung

Im Rahmen ärztlicher und therapeutischer Beurteilung werden derzeit überwiegend Verfahren eingesetzt, die sich auf den Schaden (Impairment) nicht aber direkt auf die Fähigkeitsstörungen (Disability) beziehen. Da ein Rückschluss auf Fähigkeitsstörungen bei bekanntem Schaden nur begrenzt möglich ist, werden vermehrt „disability-orientierte" Assessmentverfahren gefordert.

Aus den USA ist der Ansatz der „Functional Capacity Evaluation (FCE)" bekannt, die Problematik eines Transfers der Verfahren auf Deutsche Verhältnisse wird im folgenden dargestellt.

Amerikanischer Ansatz der FCE

Im US-amerikanischen Rehabilitationskonzept ist die FCE ein fester Bestandteil sowohl bei der Festlegung therapeutischer Maßnahmen als auch der Evaluation der Therapie sowie der Dokumentation des „Functional Outcomes" am Ende der Rehabilitation.

Die Basis für die FCE wurde vom US Department of Labor (D.O.L., 1993) mit der Festlegung von 20 Items physischer Anforderungen und der Einführung eines 4-stufigen Häufigkeits- und 5-stufigen Intensitätsschlüssels zur Dokumentation der Ergebnisse geschaffen.

Im Rahmen der funktionellen Tests werden Fähigkeiten wie Lasten heben, tragen, schieben; Finger- / Handkraft und –geschicklichkeit, Gehen, Treppensteigen, Überkopfarbeit usw. überprüft.

Auf dem amerikanischen Markt werden zahlreiche FCE-Verfahren angeboten. Bei diesen finden sich Übereinstimmung hinsichtlich der D.O.L.-Vorgaben. Unterschiede zeigen sich bei der Umsetzung bzgl. der Testdurchführung und – interpretation, beispielsweise bzgl. der technisch-apparativen Ausstattung (u.a. online/offline), der Kosten, der Dateninterpretation (z.B. Rückgriff auf Normdaten), der Anzahl und Gewichtung verschiedener Beurteilungsparameter (z.B. Schmerzempfinden) sowie der Schulung und Zertifizierung der Anwender.

Aussagefähigkeit der Systeme

Wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Aussagefähigkeit von Testverfahren ist die Frage nach Einhaltung der Gütekriterien. Zur Überprüfung der Reliabilität, Objektivität und Validität der Testsysteme liegen bisher nur vereinzelt Untersuchungen vor (King et al., 1998; Lechner, 1994; Dusik et al., 1993).

Weiterhin ist die Dateninterpretation zur Beurteilung der Aussagefähigkeit von zentraler Bedeutung. Hier ist zu beachten:

Die Erfassung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit ist nur ein Teil des erwerbsbezogenen Gesamtassessments; Anforderungsanalyse des Arbeitsplatzes und Profilvergleich sind notwendig, um den Handlungsbedarf ableiten zu können.

Die Dateninterpretation ist durch den Beurteilungsschlüssel bestimmt. Dieser legt nicht nur die Messlatte sondern auch die Beurteilungsmöglichkeiten/-Dimensionen fest.

Transfer auf deutsche Verhältnisse

Das Interesse an den FCE-Verfahren in Deutschland ist gestiegen. Beim Transfer müssen u.a. folgende Aspekte beachtet und geklärt werden:

- Die vom D.O.L. festgelegten Beurteilungsschlüssel beziehen sich auf die Dimensionen „Häufigkeit" bzw. „Intensität". Das im Auftrag vom BMA entwickelte Dokumentationsinstrumentarium IMBA (Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt) beschränkt sich nicht nur auf diese Aspekte. Wie ist die Kompatibilität zu IMBA?
- Im Sinne der Qualitätssicherung stellt sich die Frage:
  - Welche FCE-Systeme können (in Abhängigkeit von der Zielsetzung) zur Anwendung kommen?
  - Welche erfüllen die geforderten Gütekriterien?
  - Sind die Ergebnisse unterschiedlicher Verfahren vergleichbar?
  - Welche Voraussetzungen müssen die Anwender erfüllen?
- Inwieweit können die Systeme in das Deutsche Rehabilitationssystem integriert werden, wie können sie mit vorhandenen Verfahrensweisen verknüpft werden?
- Kann eine Beurteilung/Begutachtung alleine auf Basis der FCE-Ergebnisse erfolgen, wie dies z.T. in den USA erfolgt?

Zur Harmonisierung bzw. möglichst einheitlicher Vorgehensweise in der Rehabilitationsbeurteilung bedarf es noch einheitlicher gemeinsamer Abstimmungsarbeiten.

Literatur

Dusik, L. et al. (1993): Concurrent validity of the ERGOS Work Simulator versus conventional functional capacity techniques in a Workers' Compensation population. J. Occup. Med., 35, 759-767.

King, P.M. et al. (1998): A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. Phys. Ther., 78, 852-866.

Lechner, D.E et al. (1994): Reliability and Validity of a Newly Developed Test of Physical Work Performance. J. Occup. Med., 36, 997-1004.

US Department of Labor (1993): Selected Characteristics of Occupations as Defined in the „Revised Dictionary of Occupational Titles". National Technical Information Service, PB94-116282.

Funktionsmessungen als Kategorie des funktionellen Assessments bei muskuloskeletalen Erkrankungen

Schreiber, T.U. (1), Bak, P. (1), Müller, W.D. (2), Ziegenthaler, H. (1), Smolenski, U. (1)

(1) Institut für Physiotherapie, Klinikum, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, (2) Fachklinik Bad Liebenstein, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Abteilung Orthopädie, Bad Liebenstein

Die Entwicklung von stark strukturbezogenen Denkmodellen hin zur Anerkennung der Multidimensionalität von Gesundheit zieht unweigerlich eine evidenz- und patientenorientierte Sichtweise der Gesundheit und Funktionsfähigkeit nach sich und erfordert neben entsprechenden Klassifikationen der Gesundheitsstörungen wie in der aktuellen ICIDH eine Strukturierung der Verfahren zur Beurteilung gesundheitsrelevanter Zustände. Bei der Funktionsbeurteilung wird der eindimensionale Kausalitätsgrundsatz zunehmend durch ein mehrdimensionales Evaluationsprinzip ersetzt, wobei in der Einordnung der verfügbaren Verfahren und Instrumente drei Kategorien funktioneller Assessments berücksichtigt werden müssen: klinische Funktionsuntersuchungen, (apparative) Funktionsmessungen und sogenannte patientenzentrierte Testverfahren.

Die eingesetzten Assessments müssen den Anforderungen der Testgüte (Reliabilität, Validität, Veränderungssensitivität) genügen, aber auch praktikabel, sicher und kostensparend sein. Eine wesentliche Aufgabe der Wissenschaft ist die Bereitstellung evaluierter Messinstrumente und -verfahren zur Beurteilung gesundheitsrelevanter Zuständen sowie von Effekten therapeutischer und rehabilitativer Interventionen. Assessments bezeichnen all jene Verfahren, die geeignet sind, Funktionen objektiv zu beschreiben, zu erfassen, zu überprüfen oder zu benennen und die damit als Basis einer Bewertung dienen können. Letztendlich sollten sie der Evaluation (z.B. des Gesundheitsstatus), der Bewertung (z.B. der Lebensqualität) oder der Klassifikation von Krankheitsfolgen (z.B. in der ICIDH) dienen. Speziell umschreibt funktionelles Assessment jeden Versuch, die Fähigkeiten einer Person für funktionelle und Alltagsanforderungen (task performance, performance based measures) zu objektivieren und zu quantifizieren.

Funktionsmessungen als eine Kategorie des funktionellen Assessments können hierarchisch in Verfahren und Instrumente eingeteilt werden. Verfahren zu Funktionsmessungen muskuloskeletaler Erkrankungen werden von den grundsätzlichen Funktionen oder Funktionsstörungen des Bewegungssystems und nicht zuletzt vom Rehabilitationsziel diktiert: Beweglichkeit, Gelenk- und Muskelfunktion, Durchblutung, Entzündung, Schmerz. Im wesentlichen stehen nur wenige Verfahren zur Verfügung, für die allerdings im einzelnen zahlreiche Instrumente existieren.

Das zentrale Phänomen einer Funktionsstörung ist auch am Bewegungssystem der Schmerz, weswegen Möglichkeiten der apparativen Schmerzmessung weitgehend und trotz aller inhaltlicher Probleme als Funktionsmessungen einbezogen werden sollten. Mit Verfahren der Kinematik ist eine deskriptive Darstellung der Beweglichkeit, der Stabilität oder des Gleichgewichts möglich. Auf regionaler Ebene eines Gelenks oder Muskels werden Funktionsmessungen (Goniometrie, EMG etc.) dazu beitragen, Teilfunktionen zu erfassen, wie beispielsweise Gelenkbeweglichkeit oder Muskelkoordination. Gleichzeitig können kombinierte Funktionsmessungen komplexere, das Körperteilsystem betreffende, Funktionen re-

gistrieren, wie beispielsweise das Gangbild, das Sitzen, das Stehen, das Greifen, das Heben oder das Tragen. Aus Funktionsmessungen weiterer Parameter wie Koordination, Ausdauer oder Leistung lassen sich zusätzliche Hinweise und Rückschlüsse zur generellen Alltagsfunktion gewinnen. Die Synopsis einzelner, modular zusammengestellter Funktionsmessungen erlaubt es, übergeordnete Funktionsebenen und Zielparameter einzuschätzen. Entzündung und Durchblutung sind als funktionsmodifizierende Faktoren anzusehen, die mit Hilfe unterschiedlicher Verfahren (z.B. Thermographie, Laser-Doppler-Flow) ebenfalls im Sinne einer Funktionsmessung registriert werden können.

Letztendlich stellen Funktionsmessungen einen wesentlichen Teilaspekt in der Beurteilung der Alltagsfunktionsfähigkeit der Patienten dar. Innerhalb der einzelnen Verfahren kommen zahlreiche Instrumente zur Anwendung. Für Funktionsmessungen zeigen diese hinsichtlich der Messgütekriterien oft einen stark gerätebezogenen Charakter. Bei der Interpretation der mit vergleichbaren Instrumenten gewonnenen Werte ist dies zu beachten. Übersichtsartig werden Werte zur Reliabilität [R] (interne Konsistenz, Test-Retest-R, Intrarater-R, Interrater-R), zur Validität [V] (Inhalts-V, Konstrukt-V, Konkurrent-V, prädiktive V) sowie zur Veränderungssensitivität für Funktionsmessungen zu Schmerz, Kinematik und Muskelfunktion anhand der Literatur und eigener Untersuchungen angegeben.

Teile funktioneller Assessments können bei der Erstellung einer funktionellen Kapazität des Patienten (Functional Capacity Evaluation = FCE, Evaluation Funktioneller Leistungsfähigkeit = EFL) verwendet werden, die in verschiedenen Varianten als Batterie von Funktionsuntersuchungen, Funktionsmessungen und Tests konzipiert ist.

Die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungs-, Mess- oder Testverfahren werden sich bedarfsweise zu einem problembezogenen Bild zur Funktionsfähigkeit des Patienten zusammenfügen. Schwierig erscheint die Zuordnung der Ergebnisse funktioneller Assessments zur Klassifikation der Schadensdimensionen der ICIDH-2. Während Strukturschäden weitgehend über klassische diagnostische Verfahren beschrieben werden können, erweist sich die objektive Bewertung von Funktionsstörungen immer wieder als problematisch. Für funktionelle Störungen am Bewegungssystem liegen zwar zahlreiche Instrumente vor, jedoch wird es auch in Zukunft erforderlich sein, diese mit den rein deskriptiven ICIDH-Klassifikationen in Übereinstimmung zu bringen.

Exemplarisch wird belegt, dass weiterhin Handlungsbedarf zur Etablierung valider Instrumente besteht, die den wahren Zustand der Funktionsstörung wiedergeben.

Literatur

Cole, B., Finch, E., Gowland, C., Mayo, N. (1995): Physical Rehabilitation Outcome Measures. Williams & Wilkins, Baltimore.

Frisch, H. (1994): Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates (Chirodiagnostik). Springer Verlag, Berlin.

Schreiber, T.U., Bak, P., Müller, W.D., Ziegenthaler, H., Smolenski, U. (1999): Funktionelles Assessment am Bewegungssystem. Phys Rehab Kur Med 9, 110-121.

Stucki, G., Stucki, S., Sangha, O. (1997): Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen: Auswahl und Testung von Outcome-Instrumenten. Z Rheumatol 56, 255-65.

Van Deusen, J., Brunt, D. (1997): Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. WB Saunders, Philadelphia.

Prüfung einiger psychometrischer Eigenschaften einer deutschen Version des „DUKE Gesundheitsprofils“ im stationären Reha-Setting

Franke, A. (1), Schuck, P. (1), Scheffel, A. (2), Henke, C. (2)

(1) FBK, Bad Elster, (2) Vogtland-Klinik, Bad Elster

Hintergrund

Das „DUKE-Gesundheitsprofil“ (DUKE) ist ein generisches Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung des funktionellen und dysfunktionellen Gesundheitszustandes Erwachsener. Für dieses aus dem amerikanischen Sprachraum stammende Verfahren (Parkerson et al., 1990), das v.a. in der primärärztlichen Versorgung Einsatz findet, wurde 1997 eine modifizierte deutschsprachige Übersetzung publiziert (Schuntermann, 1997). Nach unserer Kenntnis erfolgte bisher keine psychometrische Überprüfung dieser Fassung.

Wenn der DUKE sich trotz seiner Kürze psychometrisch als ausgereift, insbesondere als ausreichend veränderungssensitiv, erweist, könnte er wegen seiner Kürze v.a. für Qualitätssicherungsfragestellungen im Reha-Bereich eine Alternative zu IRES und SF-36 darstellen.

Methodik und Studiendesign

Zu seiner psychometrischen Untersuchung wurde ein Studiendesign mit 3 Messzeitpunkten gewählt. Die Datenerhebungen erfolgten mit dem Versenden der brieflichen Einladung zur Reha (ca. 2 Wochen vor Reha-Beginn: t_0), unmittelbar nach der Anreise (t_1) sowie am Ende der Rehabilitation (t_2). Während sich für das ersten Zeitintervall (ohne Intervention) kaum Änderungen im Gesundheitszustand der Patienten zeigen dürften, werden zu t_2 unter Annahme eines effektiven Rehabilitationskonzeptes bei der Mehrheit der Patienten deutliche gesundheitliche Veränderungen gegenüber der Ausgangssituation erwartet.

Parallel zum DUKE wurde der IRES-Fragebogen erhoben, dessen Veränderungssensitivität in mehreren reha-medizinischen Studien gezeigt werden konnte.

Anhand der DUKE-Daten zu t_0 und t_1 werden die Test-Retest-Reliabilität mittels Intraclass-Korrelationskoeffizienten (Schuck et al., 1999a) und die interne Konsistenz mittels Cronbach’s α geprüft.

Die Untersuchung der kriterienbezogenen Validität erfolgt durch Korrelation geeigneter (Sub-) Scores von IRES und DUKE. Die Veränderungssensitivität wird u.a. anhand verschiedener Effektstärken (Schuck et al., 1999b) geprüft.

Ergebnisse

Von den (bislang) 121 angereisten Patienten (LVA-Versicherte; mittleres Alter 53,8 (13,9) Jahre) mit zugesandten t0-Fragebogen, gaben 112 die Fragenbögen ausgefüllt zurück; die übrigen lehnten die Teilnahme an der Befragung grundsätzlich ab. Acht weitere Patienten waren nicht bereit, weitere Fragebögen auszufüllen.

Zu t1 wurde eine Rücklaufquote von 93 % (104/112) erreicht. Trotz wiederholter Nachfragen und einem Beteiligungs-Bonus, den die Klinik gewährte, gelang es nicht, zu t2 mehr als 78 (70 %) auswertbare Selbstbeurteilungsbögen zurückzubekommen. Die geplante Fallzahl wird voraussichtlich Ende Januar 2000 erreicht sein.

Bezüglich der Test-Retest-Reliabilität konnten nach den bisher vorliegenden Daten für alle Duke-Skalen ICCs zwischen 0,53 und 0,80 ermittelt werden. Die Werte für Cronbach's α lagen im Bereich von 0,28 bis 0,74. Sowohl bei den ICCs als auch bei Cronbach's α ergaben sich für die Skala „physische Gesundheit" jeweils die höchsten, für die Skala „soziale Gesundheit" die niedrigsten Werte. Die gesundheitlichen Veränderungen am Reha-Ende lagen sowohl beim DUKEGesundheit_im_Allg. als auch beim IRESGesamtscore im moderaten Bereich, wobei der DUKE (nach den bisher vorliegenden Daten) eine etwas geringere Effektstärke (ESDUKE-Gesundheit i.Allg.=0,36 vs. ESIRES Ges.-Score=0,44) auswies.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Nach den bisherigen Ergebnissen weist der DUKE nicht in allen untersuchten Bereichen psychometrische Eigenschaften auf, die seinen generellen Einsatz im stationären Reha-Setting uneingeschränkt empfehlenswert erscheinen lassen. Die endgültigen Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

Literatur

Parkerson, G.R., Broadhead, W.E., Tse, C.K. (1990): The Duke health profile, a 17-Item measure of health and dysfunction. Med Care, 28, 1056-72.

Schuntermann, MF. (1997): Das DUKE-Gesundheitsprofil (DUKE). Rehabilitation, 36, I-XIV.

Schuck, P., Franke, A., Brockow, T. (1999): Reliabilitätskoeffizienten für Assessmentverfahren: Welche gibt es, welche sollten heute (noch) verwendet werden? Tagungsband zum 8. Reha-wiss.Kolloquium Norderney (a); DRV-Schriften Bd.12, 34-5.

Schuck, P., Müller, H., Resch, K.L. (1999): Designs und Statistiken zur Ermittlung der Veränderungssensitivität. Tagungsband zum 8. Reha-wiss.Kolloquium Norderney (b); DRV-Schriften Bd.12, 33-4.

Lebensqualität nach Insult - ein Vergleich zweier Skalen (Euroqol, WHOQOL-BREF)

Haider, C., Zauner, H., Frauscher, M., Hierandtner, M., Längle, J., Gaßner, A.

Rehabilitationszentrum Großgmain, Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, Großgmain

Hintergrund

Euroqol und WHOQOL-BREF messen gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health related Quality of life: HR-Qol), der Zusammenhang der Domänen dieser beiden Skalen wurde bei Insult-Patienten untersucht.

Fragestellung: Unter der Annahme, dass

1. Euroqol und WHOQO-BREF auf einem ähnlichen, aber nicht identischen Konzept von gesundheitsbezogener Lebensqualität beruhen,
2. der Barthel-Index (BI) eine signifikante Korrelation mit behinderungsspezifischen Domänen in beiden Skalen hat und
3. die Hospital Anxiety and Depression-Scale, Deutsche Fassung, (HADS-D-Skalen) einen engen Zusammenhang mit der emotionalen Situation aufweist, wurde eine Korrelationsanalyse von Euroqol- mit BI, HADS-D und WHOQOL-BREF-Domänen durchgeführt.

Methoden

Verfahren

Euroqol: Selbstbeurteilungsverfahren mit 5 Domänen (Mobilität, Selbsthilfe, frühere Aktivitäten, Schmerz, Angst/Depressivität) und einer Visual-analog-Skala (VAS) für den aktuellen Gesundheitszustand; WHOQOL-BREF: Selbstbeurteilungsverfahren mit 4 Domänen (physisch, psychisch, sozial, Umwelt), HADS-D (2 Skalen mit cut-off-Wert für klinisch relevante Angst und Depressivität).

Stichprobe: 40 Patienten nach Insult, 24 Männer, medianes Alter: 56 Jahre, Mini-Mental-State-Examination für alle Patienten > 24;

Ergebnisse

Es zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Visual-analog-Skala, (Euroqol) und physischer und psychischer Domäne (WHOQOL-BREF), zwischen Domäne Mobilität (Euroqol) und sozialer Domäne (WHOQOL-BREF), zwischen Domäne Angst/Depressivität (Euroqol) und Domäne Umwelt (WHOQOL-BREF).

Der Barthel-Index-Score ist mit behinderungsspezifischen HR-Qol-Domänen korreliert: im Euroqol: Mobilität, Selbsthilfe, frühere Aktivitäten; im WHOQOL-BREF: physische Domäne.

Erwartungsgemäß fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Angst/Depressivität (Euroqol) und beiden Hospital-Anxiety and Depression-Scores. Die Visual-analog-Skala als globales Maß für gesundheitsbezogene Lebensqualität dürfte multifaktoriell bestimmt sein.

Literatur

Mahoney, F.D., Barthel, D.W. (1965): Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J., 14: 61-63.

Dorman, P.J., Waddell, F., Slattery, J. et al. (1997): Is the EuroQol a Valid Measure of Health-Related Quality of Life After Stroke? 28: 1876-1882.

Clarke, P.J., Lawrence, J.M., Black, S.E., Williams, J.I. (1995):. Post-stroke quality of life. Quality of Life resarch, 4: 410-411.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975): „Mini-Mental-State“, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12: 189-198.

WHOQOL Group (1995): Social Science and Medicine.

Validierung von Barthel-Index und Rankin Scale anhand der Pflegeeinstufung nach Schlaganfall

Meins, W. (1), Matthiesen, L. (2)

(1) Zentrum für Geriatrie, Hamburg, (2) Geriatrische Frührehabilitation, Krankenhaus Groß Sand, Hamburg

Die beiden am häufigsten in Schlaganfallstudien verwendeten Outcome-Instrumente zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bzw. der Behinderung dürften der Barthel-Index (BI, Mahoney; Barthel, 1965) und die Rankin Scale (RS; van Swieten et al., 1988) sein. Zwei Übersichten zu Outcomemessungen bei Schlaganfallstudien (Roberts et al., 1998; Sulter et al., 1999) weisen in diesem Zusammenhang auf ein gravierendes methodisches Problem hin: In vielen Schlaganfallstudien werden die Patienten hinsichtlich ihres Outcomes (z.B. im BI) dichotomisiert, etwa als pflegebedürftig oder nicht pflegebedürftig, oder abhängig versus unabhängig. Dabei werden z.T. ganz erheblich unterschiedliche Trennwerte verwendet. Auch wenn die Wahl eines geeigneten cut-off Scores durchaus von mehreren Faktoren abhängen mag, scheint es aber nicht akzeptabel, dass in vielerlei Hinsicht vergleichbare Studien sehr unterschiedliche Trennwerte verwenden.

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zu leisten zur Validierung von BI und RS in ihrer Eigenschaft als Outcome-Messung bei Schlaganfall-Patienten nach Rehabilitation. Ein externes Validitätskriterium stellt dabei die Pflegestufe dar. Es soll ermittelt werden, durch welchen Wertebereich bzw. cut-off von BI und RS die Patienten mit einem guten Outcome charakterisiert sind. Als Kriterium für ein gutes Outcome wird dabei die Pflegestufe 0 verwendet.

Stichprobe und Methoden

Die vorliegende Untersuchung basiert auf Daten, die im Rahmen der kürzlich abgeschlossenen und noch nicht veröffentlichten „Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie“ (PASS) erhoben wurden. In der Medizinisch-Geriatrischen Klinik im Albertinen-Haus wurden im Rahmen von PASS 302 Patienten mit Schlaganfall eingeschlossen, von denen nach 2 Jahren noch 215 Patienten lebten. Wir beziehen uns hier auf die Ergebnisse der Untersuchungen 13 und 24 Monate nach Entlassung aus der stationär-geriatrischen Rehabilitation. Für 143 Patienten lagen vollständige Befunde für die beiden Untersuchungszeitpunkte vor. Die Untersuchungsstichprobe weist ein durchschnittliches Alter von 73,6 (s=7,4, Range 60-90) Jahren auf. Von den Untersuchten sind 55,2 % (n=79) weiblich. Einen ischämischen Insult hatten 86,7 % (n=124) erlitten, die Übrigen eine intracerebrale Blutung.

Ergebnisse

Die Eingruppierung in die Pflegestufe hatte sich nach 24 Monaten, gegenüber der Eingruppierung nach 13 Monaten, nur gering verändert (Kappa = 0,92).

Für den BI nach 13 Monaten erwiesen sich im Hinblick auf das externe Kriterium (Pflegestufe 0/I-III) die beiden cut-off Scores 80/85 und 85/90 als die besten Trennwerte: Die Sensitivität (Se) betrug 0,94 und 0,88, die Spezifität (Sp) 0,83 und 0,89. Bei der Untersuchung nach 2 Jahren wies der cut-off Score 85/90 die besten Kennwerte auf: Se = 0,94 und Sp = 0,90.

Für die RS ergab sich für beide Zeitpunkte der gleiche cut-off Score, nämlich 3/4, als der am besten zwischen Pflegestufe 0 und I-III trennende. Nach 13 Monaten betrugen Se = 0,96 und Sp = 0,85, nach 24 Monaten betrugen Se = 0,91 und Sp = 0,88.

Diskussion

Zur Charakterisierung eines guten Outcomes nach Rehabilitation bei Schlaganfall sollte ein BI von mindestens 85, besser noch von 90 verwendet werden. Daraus lässt sich ableiten, dass viele Studien ein zur Charakterisierung von Selbständigkeit oder Unabhängigkeit nicht geeignetes Kriterium verwenden bzw. den Anteil eines guten Rehabilitationsergebnisses überschätzen.

Bei der RS verhält es sich eher umgekehrt: In der Literatur werden cut-off Scores von 1/2 oder 2/3 verwendet. Unsere Ergebnisse favorisieren eine weniger strenge Vorgehensweise.

Literatur

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965): Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J 14: 61-65.

Roberts, L., Counsell, C. (1998): Assessment of clinical outcomes in acute stroke trials. Stroke 29: 986-991.

Sulter, G., Steen, C., De Keyser, J. (1999): Use of the Barthel Index and modified Rankin Scale in acute stroke trials. Stroke 30: 1538-1541.

Van Swieten, J.C., Koudstaal, P.J., Visser, M.C. et al. (1988): Interobserver aggreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 19: 604-607.

Tempa Test: ein valides und reliables Instrument zur Erfassung von alltagsrelevanten Armfunktionsstörungen bei neurologischen Patienten

Pinkowski, C., Eickhof, C., Müller, N., Platz, T.

Klinik Berlin, Abt. für neurologische Rehabilitation, Berlin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Die Anwendung von standardisierten Messinstrumenten ist u.a. zur klinischen Dokumentation und in Interventionsstudien besonders notwendig. Störungen der Arm- und Handmotorik schränken häufig die Selbständigkeit ein und verschlechtern die Lebensqualität. Der Tempa Test (Desrosiers et al., 1993, 1994, 1995) untersucht die Arm- und Handmotorik bei der Durchführung von uni- und bilateralen alltagsähnlichen Aufgaben. Die 9 verschiedenen Aufgaben erfordern jeweils ausreichende Kraft und ausreichendes Bewegungsausmaß, Greiffunktionen und Präzision bei den proximalen und distalen Bewegungen. Der Tempa Test wurde speziell für geriatrische Patienten über 60 Jahren entwickelt. Die Bewertung der Arm- und Handmotorik erfolgt nach drei Aspekten: die „Funktionelle Beurteilung“ (ordinal skaliert) beschreibt das Ausmaß der Aufgabenbewältigung, die „Aufgabenanalyse“ (ordinal skaliert) untersucht einzelne motorische Fähigkeiten; ebenfalls wird die „Dauer der Ausführung“ (parametrisch) gemessen.

Zweck dieser Untersuchung ist die Darstellung einiger Bestandteile von Validität und Reliabilität einer deutschen Übersetzung des Tempa Testes bei der Anwendung bei erwachsenen neurologischen Patienten mit unterschiedlichen Einschränkungen der Arm- oder Handmotorik.

Methodik

Die Beschreibung von Test-Retest-Reliabilität, Interrater-Reliabilität, Fragen der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität benötigte drei Untersuchungsgruppen: In Gruppe (1) gingen 32 Patienten (14-86 Jahre, Mittelwert 55.8) mit verschiedenen neurologischen Einschränkungen der Armfunktion ein, welche den Tempa Test im Abstand von 7 Tagen zweimal durchführten. Sie absolvierten einmalig den „Box-and-Block-Test“ [BBT], der als Maß für manuelle Geschicklichkeit misst, wie viele Würfel in einer Minute transportiert werden können (Mathiowetz et al., 1985) und den „Action Research Arm Test“ [ARAT], der verschiedene Arm- und Handfunktionen qualitativ beurteilt (Lyle, 1981). Gruppe (2) bestand aus 60 Patienten mit milder bis moderater Hemiparese (12-78 Jahre, Mittelwert 53.7), welche den Tempa Test vor und im Anschluss an das Arm-Fähigkeits-Training durchführten (ausgewertet von zwei unabhängigen Ratern) und Gruppe (3) umfasste 32 Erwachsene (15-83 Jahre, Mittelwert 55.3) ohne neurologische Defizite, die den Tempa Test einmal bewältigten.

Die jeweiligen Tempa Summenwerte der Bewertungsparameter (Dauer der Ausführung, Funktionelle Beurteilung und Aufgabenanalyse) aller Aufgaben gingen in die Datenanalyse ein.

Ergebnisse

Die Interrater-Reliabilität (n=120 Datensätze) ist hoch (Intraklassenkoeffizient [ICC] >.99 für die Dauer der Ausführung, Rho=.84 für die Funktionelle Beurteilung, Rho=.86 für die Aufgabenanalyse). Die Test-Retest-Reliabilität (n=32) ist sehr hoch für die Dauer der Ausführung (ICC=.91) und die Aufgabenanalyse (Rho=.92) und hoch für die Funktionelle Beurteilung (Rho=.88). Die Tempa Werte können deutlich Personen mit und ohne neurologische Armfunktionsstörungen voneinander abgrenzen (Vergleich zwischen Gruppe (1) und Gruppe (3): Dauer der Ausführung p <.001 [t-Test], Funktionelle Beurteilung und Aufgabenanalyse jeweils p <.001 [U-Test], Konstruktvalidität). Diese Unterscheidungsleistung bezüglich der Dauer der Ausführung wird nicht vom Alter der Personen beeinflusst (Faktor Erkrankung x Alter p=.462 [Varianzanalyse]). Setzt man die Tempa Ergebnisse mit Ergebnissen des Box-and-Block-Testes (BBT) und des Action Research Arm Testes (ARAT) in Beziehung, dann stellt sich eine hohe Korrelation der zeitkritischen Werte (Tempa Dauer/ BBT) einerseits sowie auch eine hohe Korrelation der jeweils qualitativen Beurteilungen (Tempa Funktionelle Beurteilung und Aufgabenanalyse/ ARAT) dar: Korrelation Tempa und Arat für die Dauer der Ausführung Rho=-.42, p=.032, für die Funktionelle Beurteilung Rho=.86, für die Aufgabenanalyse Rho =.86; Korrelation Tempa und BBT für die Dauer der Ausführung r=-.70, für die Funktionelle Beurteilung Rho =.64, für die Aufgabenanalyse Rho =.71 (Kriteriumsvalidität).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die deutsche Version des Tempa Testes erfüllt die Ansprüche an ein Messinstrument zur Erhebung und Beschreibung von Armmotorik bei erwachsenen Personen jeden Alters in der neurologischen Rehabilitation. Der Tempa Test kann daher sowohl für Datenerhebungen zu einem Zeitpunkt als auch für Verlaufsbeschreibungen eingesetzt werden.

Literatur

Desrosiers, J., Hébert, R., Dutil, E., Bravo, G. (1993): Development and Reliability of an Upper Extremity Function Test for the Elderly: The Tempa. Canadian Journal of Occupational Therapy, 60, 9-16.

Desrosiers, J., Hébert, R., Dutil, E., Bravo, G., Mercier, L. (1994): Validity of the Tempa: A Measurement Instrument for Upper Extremity Performance. Occupational Journal of Research, 14, 267-281.

Desrosiers, J., Hébert, R., Bravo, G., Dutil, E. (1995): Upper Extremity Performance Test for the Elderly (Tempa): Normative Data and Correlates with Sensorimotor Parameters. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76, 1125-1129.

Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N., Weber, K. (1985): Adult Norms for the Box-and-Block-Test of Manual Dexterity. American Journal of Occupational Therapy, 39, 386-391.

Lyle, R.C. (1981): A Performance Test for Assessment of Upper Limb Function in Physical Rehabilitation Treatment and Research. International Journal of Rehabilitation Research, 4, 483-492.

Lebensqualität bei Adipositas - Entwicklung eines neuen Messinstrumentes

Schnieder, I. (1), Reiffen, I. (2), Schulte, R. (2), Rogner, J. (1), Wirth, A. (2)

(1) Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie, Osnabrück, (2) Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Rothenfelde

Gegenstand unserer Forschungsarbeit ist die Entwicklung eines neuen Messinstrumentes (LQA - Lebensqualität bei Adipositas) zur Erfassung der Beeinträchtigung der Lebensqualität Adipöser, wobei die Betonung auf Einschränkungen im psychosozialen Bereich liegt. Ausgehend von englischsprachigen Vorbildern sollte der Fragebogen mehrere Dimensionen der Einschränkung der Lebensqualität abbilden können. Der Fragebogen soll die Therapieplanung für Adipositas-Patienten erleichtern, sowie die Möglichkeit der qualitativen Ergebnismessung des Behandlungserfolges eröffnen.

Der ursprüngliche Itempool setzt sich zusammen aus selbst entwickelten Items, sowie aus Items bereits bestehender Fragebögen. Berücksichtigt wurden die folgenden Arbeiten: IWQOL von Kolotkin et al. (1995), FEK von Lehr et al. (1998), IEG von Diehl et al. (1994), Fragebogen der SOS-Studie von Sullivan et al. (1993) und der Fragebogen von Rand et al. (1990). Eine vorläufige Auswahl von 44 Items wurde 60 adipösen Patienten mit einem BMI>30 vor der Behandlung vorgelegt. Das Patientengut setzte sich aus Patienten der Teutoburger-Wald-Klinik, des Klinikumd Osnabrück und der Ostseeklinik Holm zusammen.

Als Ausschlusskriterium galten akute orthopädische Erkrankungen. Eine erste Analyse betraf die Schwierigkeit der Items. Nach dieser Auswertung verblieben 30 Items, die einem angemessenen Schwierigkeitsindex (zwischen .20 und .80) aufwiesen. Bei der nachfolgenden Trennschärfeanalyse erwiesen sich 27 dieser Items als hinreichend trennscharf (r_{it}>.30). Die Reliabilität des LQA, berechnet nach der inneren Konsistenz (Cronbach's α), kann mit .91 als hoch angesehen werden. Da die einzelnen Items sehr hoch interkorrelieren, ist eine Einteilung in unterschiedliche Subtests oder Skalen nicht sinnvoll. Bei der Auswertung der Testscores, basierend auf der 27-Item-Version des LQA, wurde, wie erwartet, eine hohe Korrelation (.56) mit dem BMI festgestellt. Dies kann als erster Hinweis auf die Validität des LQA gewertet werden. Inhaltlich ergaben sich außerdem ein Zusammenhang mit dem Alter, wobei jüngere Patienten höhere Werte in der Beeinträchtigungen zeigten. Signifikant wurde auch die Korrelation zwischen Testscore und dem Geschlecht. Frauen berichteten mehr Einbußen ihrer Lebensqualität als Männer. Diese Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen aus anderen Studien (z.B. IWQOL).

Die jetzige 27-Item-Version des LQA sehen wir als Grundlage zur Weiterentwicklung zu einem Instrument, das sowohl den Anforderungen der Testgütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) als auch denen der klinischen Praxis gerecht wird. Zu diesem Zweck sind noch Validierungen an anderen Fragebögen zur Lebensqualität, die Prüfung der Veränderungssensitivität und eine überregionale Vergrößerung der Normstichprobe erforderlich. Schließlich sollte die 27-Item-Version um Fragen zum subjektiven Gesundheitserleben erweitert werden.

Literatur

Diehl, J.M., Staufenbiel, T. (1994): Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen (IEG). Eschborn: Klotz.

Kolotkin, R.L., Head, S., Hamilton, M., Tse, C.K. (1995): Assessing Impact of Weight on Quality of Life. Obesity Research, Vol. 3, No. 1, 49-56.

Lehr, D., Platzdasch, B., Rogner, J., Wirth, A. (1998): Development of a Screening Instrument for Obese In-Patients During Stationary Rehabilitation. 6th European Congress on Research in Rehabilitation, May 31-June 4 (DRV Schriften, Band 10).

Rand, C.S., MacGregor, A.M. (1990): Morbidly Obese Patients' Perceptions of Social Discrimination Before and After Surgery for Obesity. Southern Medical Journal, Vol. 83, No. 12, 1390-1395.

Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S., Jonsson, E., Larsson, B., Lindstedt, S., Näslund, I., Olbe, L., Wedel, H. (1993): Swedish obese subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. International Journal of Obesity, 17, 503-512.

Evaluation einer deutschen Version des NASS (North American Spine Society) Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument

Schochat, T. (1), Rehberg, W. (2), von Kempis, J. (2), Stucki, G. (3), Jäckel, W.H. (2)

(1) Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsklinikum, Ulm, (2) Universitätsklinikum, Freiburg, (3) Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Neben klinischen Parametern und ärztlicher Einschätzung gewinnt in der medizinischen Rehabilitation die Patientenselbsteinschätzung in der Beurteilung eines Behandlungserfolges zunehmend an Bedeutung. Zur patientenseitigen Ergebnismessung in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen liegen in Deutschland einerseits generische Instrumente (Gerdes et al., 1995; Zwingmann et al., 1998) vor, anderseits als krankheitsspezifisches Instrument der „Funktionsfragebogen Hannover – Rücken“ (FFbH-R) zur Messung von Funktionsbeeinträchtigungen durch Rückenschmerzen (Kohlmann et al., 1996). Für den englischen Sprachraum entwickelte die North American Spine Society (NASS) einen Fragebogen, der Schmerzhäufigkeit, Einschränkung von Alltagstätigkeiten durch Rückenschmerzen, Belastungen im Arbeitsleben, Erwartungen an sowie Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung erhebt (Daltroy et al., 1996).

In der vorliegenden Studie wurde das lumbale Modul des NASS-Instrumentes für Wirbelsäulenerkrankungen nach einem standardisierten Verfahren in das Deutsche übertragen (Guillemin et al., 1993) und an drei verschiedenen Patientengruppen in zwei Rehabilitationskliniken eingesetzt: (A) 60 Rehabilitanden mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen (Messzeitpunkte: Aufnahme, nach einer Woche; NASS-Instrument) (B) 24 Rehabilitanden mit einer kardiologischen Erstdiagnose (Aufnahme; NASS-Instrument) und (C) 176 Patienten mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen (Aufnahme und Entlassung; NASS-Instrument, FFbH-R, SF-36).

Alle 16 Items des Fragebogens fragen nach Schmerzhäufigkeit bzw. Funktionseinschränkung „in der letzten Woche“ mit sechsstufigen Antwortmöglichkeiten. Im ersten Teil des Fragebogens werden Häufigkeit von Rückenschmerzen und Symptomausstrahlungen erfragt (4 Items) und im zweiten Teil, wie störend die betreffenden Symptome sind (4 Items). Im dritten Teil werden Einschränkungen von Alltagstätigkeiten durch Rückenschmerzen erfasst (8 Items).

Die interne Konsistenz des Instruments kann mit Cronbach’s Alpha zwischen 0,91 und 0,92 als hoch bezeichnet werden. Eine Analyse der Trennschärfe der einzelnen Items ergab keine wesentliche Hinweise auf Items mit einer auffallend niedrigen Item-Total-Korrelation (r_{it}=0,47 bis 0,73). Eine Hauptkomponentenanalyse ergab drei Faktoren, die zusammen 64,7 % der Varianz aufklären und sich inhaltlich als „Symptomausstrahlung“ „Fähigkeitsstörungen“ und „Rückenschmerzen“ beschreiben lassen. Die Scores zu diesen Komponenten weisen praktisch keine Boden- und Deckeneffekte auf. Die Test-Retest-Reliabilität wurde an der Gruppe A mit einem einwöchigen Abstand gemessen und wies für das gesamte Instrument einen Korrelationskoeffizient von r=0,85 auf (Einzelitems r=0,65 bis 0,87). Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität wurde in der Gruppe C das NASS-Instrument mit dem FFbH-R verglichen. Die Koeffizienten für die Korrelation der Items des NASS-

Instrumentes mit dem Summenscore des FFbH liegt zwischen 0,41 und 0,59. Diskriminanzanalytisch konnten 88,5 % der Fälle (177 von 200) der Gruppe B bzw. C richtig zugeordnet werden. Ein signifikantes Mittelwert unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitation konnte für den Gesamtscore des NASS-Instruments, nicht jedoch für die Items, die Fähigkeitsstörungen abbilden, gezeigt werden.

Aufgrund der vorliegenden Daten kann das NASS-Instrument als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der Symptome und Funktionseinschränkungen bei chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen bezeichnet werden. Das Instrument scheint für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und zur Ergebnismessung in der Rehabilitation geeignet zu sein. In wieweit das NASS-Instrument auch für epidemiologische Studien auf der Bevölkerungsebene und für Verlaufsbeobachtungen geeignet ist, bedarf noch der weiteren Überprüfung.

Literatur

Daltroy, L.H., Cats-Baril, W.L., Katz, J.N., Fossel, A.H., Liang, M.H. (1996): The North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument. Reliability and Validity Tests. Spine, 21, 741-749.

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation, 34, XIII-XXIV.

Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993): Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology 46 (12),1417-32.

Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Die Rehabilitation, 35, I-VIII.

Zwingmann, C., Metzger, D., Jäckel, W.H. (1998): Short Form-36 Health Survey (SF-36): Psychometrische Analysen der deutschen Version bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Diagnostica, 44, 209-219.

Die Einführung der ICIDH in die sozialmedizinische Begutachtung der MDK-Gemeinschaft - Aktivitäten, Erfahrungen und Erkenntnisse

Leistner, K. (1), Viol, M. (2)

(1) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen, (2) MDK Thüringen, Erfurt

Hintergrund

Die ICIDH als konzeptionelles Bezugssystem für die Erfassung von Krankheitsauswirkungen bringt die Begutachtungsphilosophie der MDK-Gemeinschaft zum Ausdruck. Durch Systematisierung und Strukturierung der Beschreibung von Krankheitsfolgen werden Prozess und Ergebnis sozialmedizinischer Begutachtung transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar.

Aktivitäten

Anlässlich zweier Multiplikatorenseminare für insgesamt 40 ärztliche Gutachter des MDK im März und April 1999 wurden

- die Begutachtungsphilosophie der ICIDH vermittelt,
- der Ist-Zustand ihrer Anwendung in der medizinischen Praxis analysiert,
- der Zusammenhang ICIDH und Assessmentverfahren erörtert sowie
- künftige Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes der ICIDH in der MDK-Begutachtung hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsbedürftigkeit sowie Pflegebedürftigkeit nach SGB XI überprüft.

Vom 17.-19.11.1999 findet das erste von zwei Anwendungsseminaren für die Indikationsgebiete Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie und Kardiologie im Zusammenhang mit der Begutachtung von Anträgen auf Reha-Maßnahmen sowie mit der AU-Begutachtung (Schnittstelle § 51 SGB V) statt.

Flankierende Maßnahmen der Einführung von ICIDH in die MDK-Begutachtung sind

- der Versand eines Informationsmaterials „Anwendung der Internationalen Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) der WHO“ an die Rehabilitationskliniken der Bundesrepublik Deutschland
- die Erarbeitung eines einheitlichen Verlängerungsantrages für Rehabilitationsmaßnahmen unter Bezug auf die ICIDH-Kategorien sowie
- die Integration der ICIDH-Begutachtungsphilosophie und - Kategorien in die zur Zeit erarbeitete Begutachtungsrichtlinie des MDK für Reha-Maßnahmen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Implementierung der ICIDH in die MDK-Begutachtung erfordert eine anspruchsvolle langfristige komplexe Umsetzungs-, insbesondere Fortbildungsstrategie.

Die ICIDH-2 aus gesundheitsökonomischer Sicht

Seitz, R.

Abteilung Gesundheitsökonomie der Universität, Ulm

Hintergrund

Als Effektmaß von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften werden insbesondere „Nutzwerte“ erhoben, die aus einer Zeitkomponente und einem Indikator der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ zusammengesetzt sind. Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lehnt sich an die Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit als „einem Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens“ an. Die Rehabilitationsforschung leitet international das Verständnis von Rehabilitation aus einem anderen Produkt der WHO ab, das erstmals im Jahr 1980 als „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH) erschien, ins Deutsche und viele andere Sprachen übersetzt wurde und momentan zur ICIDH-2 überarbeitet wird.

Fragestellung und Methodik

Auf der Basis einer vergleichenden Analyse der Komponenten der ICIDH-2 und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird überprüft, inwieweit rehabilitationswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Zielvorstellungen konzeptionell voneinander abweichen. Zudem wird diskutiert, in welchen ökonomischen Bereichen die ICIDH-2 praktischen Einsatz finden könnte.

Ergebnisse

In der ICIDH-2 werden Schäden (Verluste oder Abnormitäten von Körperstruktur und -funktionen) und Schwierigkeiten bei der Ausführung von Aktivitäten und bei der Partizipation klassifiziert. Während auf der Ebene der Aktivität im Detail zielgerichtete Aktivitäten einer Person bei gegebenem Kontext beschrieben werden, fasst die Ebene der Partizipation Ziele der Aktivitäten zu gesellschaftlichen „Lebensbereichen“ zusammen, thematisiert aber im Detail den Einfluss von persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren.

Die Klassifikation erfolgt in der ICIDH-2 durch einen „Betrachter“, der die Probleme des Betroffenen in Bezug zu einer „Norm“ einordnet: Als solche dienen ein „allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandard“ oder eine „Person ohne Behinderung“.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird von Patrick/Erickson (1993) definiert als „the value assigned to duration of life as modified by the impairments, functional states, perceptions, and social opportunities that are influenced by disease, injury, treatment, or policy“. Eine Analogie zur ICIDH-2 ergibt sich insofern, als dort „impairments“ und „functional states“ (auf den Ebenen der Schäden und der Aktivitäten, hinsichtlich der „social function“ auch der

Partizipation) sowie „social opportunities“ (auf der Ebene der Partizipation) erfasst werden. Funktionsstörungen bei der Wahrnehmung („perceptions“) werden in der ICIDH-2 im Kapitel zu den Schäden klassifiziert. Es wird aber nicht erfasst, wie ein Individuum aus seiner subjektiven Sicht Probleme auf der Ebene seines Körpers, bei Aktivitäten und bei der Partizipation bewertet. (Für den Bereich der Partizipation zieht die WHO im Beta-2 Entwurf jedoch die Entwicklung einer Zusatzkennung zur Erfassung der „subjektiven Zufriedenheit“ in Erwägung.) Während Nutzwerte aus einer Verknüpfung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Lebensdauer („duration of life“) resultieren, wird in der ICIDH-2 der Gesundheitsstatus zu einem Zeitpunkt erhoben. Die Erfassung zu mehreren Zeitpunkten lässt zwar Rückschlüsse auf den Verlauf einer Krankheit oder Behinderung zu, eine Verknüpfung von Daten zum Gesundheitsstatus und der Zeit wird aber in der ICIDH-2 nicht thematisiert. Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird dem Gesundheitszustand ein Wert zugeordnet („value assigned“), der auf den Präferenzen des Betroffenen basiert. Diese präferenzbasierte Gesamtbewertung des Gesundheitszustands ist in der ICIDH-2 nicht vorgesehen, könnte aber als subjektive Bewertung der Partizipation an allen relevanten Lebensbereichen interpretiert und eingeführt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Modell der ICIDH-2 stellt auch für Ökonomen eine essentielle theoretische Grundlage für das Verständnis der Rehabilitation und die Entwicklung ökonomischer Managementkonzepte dar. Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheidet sich vom Konzept der ICIDH-2 insbesondere durch einen stärkeren subjektiven Bezug und durch die präferenzbasierte Gesamtbewertung. Gleichwohl sollte die ICIDH-2 genutzt werden, um bestehende Instrumente wie den EuroQol und den SF-12 auf ihren Bezug zur Rehabilitation zu überprüfen. Des weiteren könnte die ICIDH-2 Grundlage eines Instruments zur Klassifizierung von Fallgruppen sein, für die Fallpauschalen als prospektive Vergütungsform entwickelt werden. Die ICIDH-2 selbst erscheint – auch in der Kurzversion des Beta-2 Entwurfs – als Routineinstrument für den praktischen Einsatz jedoch noch als zu umfänglich und zeitaufwendig.

Literatur

Patrick, D., Erickson, P. (1993): Health Status and Health Policy. Oxford: Oxford University Press, 22.

Post, M.W., de Witte, L.P., Schrijvers, A.J. (1999): Quality of life and the ICIDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. Clin Rehabil. Feb, 13 (1), 5-15.

Schuntermann, M. (1998): Die revidierte Fassung der Internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps (ICIDH-2). In: Delbrück, H., Haupt, E. (Hrsg.) Rehabilitationsmedizin. 2. Aufl. München: Urban&Schwarzenberg, 2-17.

WHO (1999): ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft. Genf.

WHO (1998): ICIDH-2: Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation. Beta-1 Entwurf zur Erprobung. Deutschsprachiger Entwurf mit einem Vorwort von M. Schuntermann (VDR). Genf.

Mehrdimensionale Schweregradeinteilung bei schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Berücksichtigung der Taxonomie von ICSD und ICIDH-2

Fischer, J., Raschke, F.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney und Lehrstuhl für Klinische Rehabilitationswissenschaften der Universität Witten/Herdecke, Norderney

Einleitung

Die Internationale Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD) und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDH-2) der WHO stellen in der Medizin taxonomische Standards dar, deren Einsatz nicht nur in Teilbereichen der Medizin bei einer speziellen Erkrankung und für ein bestimmtes Fachgebiet, sondern im Hinblick auf die ICIDH-2 in der gesamten Medizin einschließlich der Einschränkungen in Beruf, Familie, Alltag und Gesellschaft gewährleistet sein muss.

Fragestellung

Am Beispiel der schlafbezogenen Atmungsstörungen (obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, OSAS; Kennziffer 780.53-0 nach ICSD) soll geprüft werden, ob und inwieweit es möglich ist, Ausmaß und Stellenwert einer speziellen Erkrankung über eine Schweregradeinteilung graduell gestuft festzulegen. Dies ist für die Einsetzbarkeit und die praktische Anwendung der beiden taxonomischen Standards von großer klinischer, sozialmedizinischer und versorgungsrechtlicher Bedeutung.

Patienten und Methode

Bei 497 Männern (mittl. Alter = 45,4 +/- 10,3 a) einer pneumologischen Rehabilitationsklinik wurde über einen spezifischen, validierten Fragebogen (Siegrist et al., 1987; Fischer et al., 1991) eine Befragung zum Schlaf-Wach-Verhalten durchgeführt (Norderneyer Schlaffragebogen). Außerdem wurde ein nächtliches Monitoring zur Objektivierung von schlafbezogenen Atmungsregulationsstörungen vorgenommen. Bei einem weiteren Patientenkollektiv von 542 Patienten verschiedener internistischer Rehakliniken (408 m, 134 w; mittl. Alter = 47,8 +/- 10,7 a) wurde zusätzlich der IRES-Fragebogen vorgelegt und nach allen bekannten Dimensionen ausgewertet.

Ergebnisse

In beiden Kollektiven ergab sich, dass eine Schweregrad-Beurteilung von schlafbezogenen Atmungsregulationsstörungen über rein metrische, pathophysiologische Messgrößen, wie den Apnoe-Hypopnoe-Index und die subjektiven Variablen bei den unterschiedlichen Kategorien nur wenig Übereinstimmung zeigen. Dies gilt bei Rehapatienten in gleicher Weise für die Bewertung der zahlreichen Dimensionen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Die Schweregradeinteilung über die Klassifikation der ICSD hingegen sieht die Berücksichtigung von mehreren definierten Zuständen vor, die in ihrer Dimension und Funktionseinschränkung benannt werden. Als Ausdruck der Tagesschläfrigkeit zählen hierzu Frequenz, Lokalität und Ausprägung von näher beschriebenen Einschlaf- und Schlafepisoden in Kombination mit der Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit.

Parallel hierzu wird das objektive Ergebnis des multiplen Schlaflatenz-Tests (MSLT) berücksichtigt.

Nach der ICIDH-2 sind drei Dimensionen zu bewerten. Dies sind erstens die Schäden und Funktionsstörungen auf der Körperebene. Auf der Aktivitätsebene stehen das Leistungsbild und die Einordnung des Menschen als psychosozial handelndes Individuum. Gleichrangig hierzu steht schließlich als dritte Dimension die Partizipation des Individuums in Umwelt und Gesellschaft, d.h. in alltäglichen Lebensbereichen wie z.B. dem Erwerbsleben. Aus der Gesamtschau dieser drei Dimensionen wird eine Schweregradeinteilung möglich.

Schlussfolgerung

Die Mehrdimensionalität der vorliegenden taxonomischen Standards ermöglicht eine vergleichende Bewertung, die aber auf ihre Praktikabilität geprüft werden muss. Ihre Validität muss ebenfalls in weiterführenden Studien inhaltlich untermauert werden. Die taxonomischen Standards wie ICSD und ICIDH-2 sollten jedoch bereits jetzt bei der Erstellung von Leitlinien neben den Cochrane-Kriterien aus dem Bereich der Evidence Based Medicine eine besondere Berücksichtigung erfahren.

Literatur

Fischer, J., Jackowski, M., Raschke, F. (1991): Validierung eines Anamnesebogens zur Diagnostik der Schlafapnoe bei Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane. Pneumologie 45 (Suppl. 1): 205-208.

Gerdes, N., Jäckel, W. (1994): Indikatoren des Reha-Status (IRES) - Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben. Bad Säckingen.

Siegrist, J., Peter, J., Himmelmann, J., Geyer, S. (1987): Erfahrungen mit einem Anamnesebogen zur Diagnostik der Schlafapnoe. Pneumologie 41: 357-363.

Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation ICIDH-2 Hrsg.: WHO; Deutschsprachige Koord. M.F. Schuntermann, VDR; (www.ifrr. vdr.de).

Schramm, E., Riemannn, D. (Hrsg.) (1995): ICSD - Internationale Klassifikation der Schlafstörungen. Beltz, Psychologie Verlagsunion.

Die ICIDH-2 als ‚teaching-instrument' im Unterricht rehabilitativ-therapeutischer Berufe – Erste Erfahrungen

Greß-Heister, M. (1), Heister, E. (2)

(1) Prof. König u. Leiser Schulen für Ergotherapie und Logopädie, Kaiserslautern, (2) Klinik für Frührehabilitation, Westpfalzklinikum Kaiserslautern, Kusel

Fragestellung, Hintergrund

Vor ca. 18 Jahren hat die WHO die ‚International Classification of Impairments, disabilities and handicaps' zur Erprobung herausgebracht. Ende 1997 hat die WHO nun das Nachfolgeprodukt die ‚International Classification of Impairments, Activities and Participation (ICIDH-2, Beta1)' herausgegeben. Im Rahmen von Diskussionen um Qualitätsmanagement und/oder Therapieforschung nimmt die Erfassung der ‚Ergebnisqualität' eine immer zentralere Rolle ein. Die WHO hat sich mit ihrem Konzept der ICIDH (International Classification

of Impairments, Disabilities and handicaps) bereits 1980 vom stark mechanistisch-kurativen Denken lösen können und den Blick auf die Folgen der Erkrankungen gelenkt. 1997 hat die WHO eine – vor allem terminologisch stark veränderte – Fassung der ICIDH herausgebracht, die in ihrer Grundkonzeption gerade für die Rehabilitation nicht unerhebliche Denkstrukturen verändern könnte. Ausgangspunkt beider Klassifikationssysteme war, dass die „Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen“ (ICD) mit ihrem bio-medizinischen Denkmodell den betroffenen Menschen nicht als biopsychosoziales Wesen differenziert und komplex erfassendes System darstellte. Es ist wichtig anzumerken, dass beide Systeme, die ICD und die ICIDH von den ‚Körpersystemen (body-systems)‘ ausgehen. Impairments (Schädigungen) beziehen sich immer auf Körperstrukturen und –funktionen, wie sie üblicherweise als Teil eines ‚Krankheitsprozesses‘, wie er in der ICD klassifiziert ist, auftreten. Als Hauptziel und –paradigma der ICIDH(-2) wird die Arbeit an den Folgeerscheinungen von Krankheiten in den Mittelpunkt gestellt. So ist die ICIDH-2 ein Klassifikationssystem von ‚(dis)ablements [(Un)Fähigkeiten], die sich systematisch als Folgen von Gesundheits- bzw. Krankheitsbedingungen fassen lassen. ‚(Dis)ablement‘ ist dabei eine Art Überbegriff, der drei Dimensionen beeinhaltet: (1) Körper-Strukturen und –funktionen (body-structures, -functions), (2) personale Aktivitäten (personal activities) und Teilnahme am öffentlichen Leben (participation). Hieraus ergeben sich auch zwangsläufig Neuheiten des ICIDH-2: Alle Dimensionen wurden mit neutralen Begriffen neu benannt, so dass positive und negative Aspekte gleichermaßen mit angesprochen werden können.

Methodik

Vor diesem Hintergrund haben wir die ICIDH-2 im Unterricht als Instrument eingesetzt, um den Grundgedanken der Rehabilitation und die Besonderheiten rehabilitativer Therapie in einem komplexen System vorzustellen. Wir wählten in unserem Pilotprojet jeweils Klassen in Ausbildung zum Logopäden und zum Ergotherapeuten. Es wurde die ICIDH-2 in ihrer Geschichte und Konzeption im Detail vor und zur Diskussion gestellt. Der jeweilige praktische Einsatz als Dokumentationsraster und/oder Raster zur differentiellen Erfassung von Therapie-Ressourcen wurde unmittelbar in einer Praxisphase mit den Schülern in Projektarbeit erprobt. Die Ergebnisse wurden in Form der Nutzbarkeit (beurteilt durch die Dozenten und durch die Schüler), der Praktikabilität und Effizienz (beurteilt durch die Dozenten und durch die Schüler) und der subjektiven Veränderung von Sichtweisen (beurteilt durch die Schüler) erfasst.

Diskussion

Zu Beginn des Projektes wurde die Arbeit dadurch erschwert, dass lediglich eine englische Version der ICIDH-2 vorlag, und die Fremdsprachenkenntnisse in den Ausbildungsklassen eher mangelhaft waren. Bei Vorliegen der vorläufigen deutschen Übersetzung wurde diese eingesetzt, und von einer Kleingruppe mit dem Original verglichen. Diese Parallelität hat sich in einzelnen Items in der Praxis durchaus bewährt.

In der Unterrichtsarbeit hat sich gezeigt, dass das Aufarbeiten gängiger Vorstellungen zur Krankheits- und/oder Gesundheitsdefinition integraler Bestandteil der Beschäftigung mit der ICIDH-2 sein muss, ohne den die eigentliche Stoßrichtung der Items der ICIDH-2 nicht interpretierbar ist. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Verwendung der ICIDH-2 im Un-

terricht vom Aufwand der Unterrichtszeit zwar nicht unerheblich ist – von der Einordnung in existierende Gegenstandskataloge und/oder Curricula einmal abgesehen – die Effizienz aber evident ist. Gerade das Umschalten der Schüler von einer rein medizinisch pathogenetisch auf Krankheiten ausgerichteten Sichtweise auf eine rehabilitative auf Ressourcen des Betroffenen ausgerichteten Perspektive hat sich als Haupteffekt herauskristallisiert.

Wir haben eine Art Kurzsystematik – basierend auf dem ICIDH-2 – entwickelt, die folgende Items enthält: Zentraler Blickwinkel dieser ‚neuen' Art der Ergebnisqualität sind die vier Blickwinkel der Ergebnisqualität: Feststellung der objektiven Veränderung des Krankheitszustandes (disorder-Ebene der ICD-10), Feststellung der objektiven Veränderung der Folgen einer Erkrankung (impairment-Ebene der ICIDH); Feststellung der objektiven funktionellen Möglichkeiten (und/oder Einschränkungen) des Betroffenen, Aktivitäten, die die Umwelt als normal für einen Menschen ansieht, (mit Unterstützung) auszuführen (activity-Ebene der ICIDH); Feststellung der Art und des Umfangs mit denen ein Betroffener (noch) die, ihm von der Umwelt gestellten Anforderungen und Rollen wahrnehmen kann (participation-Ebene der ICIDH).

Literatur

Greß-Heister, M. (1999 im Druck): Ergotherapie und Logopädie in der Geriatrie. Idstein, Schulz-Kirchner.

Die Bewertung der ICIDH-2 Beta-2-Feld-Studie unter praktisch therapeutischen Gesichtspunkten

Greve, J.

ifar-Köln, Lischeid

Die Fragestellung für die hier vorgenommene Bewertung der ICIDH-2-Fallstudien (ß-2 Field Trials v. 8/99) war: Was bringt die Klassifikation unter praktischen Gesichtspunkten?

Im Einzelnen ergab sich, dass die Lösung für einen praktisch integrativen Ansatzpunkt in der Beschreibung bereits enthalten war. Wie beim Erstellen einer abgewogenen Anamnese unter Berücksichtigung von Sozial- und Gesundheitsdaten unter Bezug auf den „IPI" (Integrations-Prognose-Index) ergaben sich unterschiedliche Aspekte für die rehabilitative Praxis.

Dieser Ansatz ließ sich wie beim Erstellen und Bewerten des IPI mit einer Indexbildung formalisieren. Dazu gehört eine positive (+) wie auch eine negative (-) „Kausal"-Analyse. Beide Gesichtspunkte zusammen ergeben, wie bei einer dialektischen Betrachtung, Hinweise auf den möglichen Therapieansatz.

Das verdeutlicht die zusammenfassende Bewertung der Feldstudie in Form einer tabellarischen Zusammenfassung. Sie bezieht sich auf 13 der insgesamt 25 Fallbeschreibungen der ß-Feldstudie.

Daraus lassen sich folgende Konsequenzen ziehen:

Es bedarf einer gleichberechtigten Abwägung funktioneller und struktureller bzw. pathologisch-anatomischer Gesichtspunkte. Für medizinische Konsequenzen und therapeutische

Überlegungen ist die ICD-10 und der s-Kode der ICIDH-2 unerlässlich und hat, wie die nachfolgende weitere Auswertung dieser Bewertung zeigt, sogar vorrangige Bedeutung.

Ebenso entscheidend, aber als weniger bedeutsam, erwies sich eine gleichfalls positive/negative Bewertung des a-Kodes der Aktivitäten.

Am auffälligsten erschien der Praxisaspekt dieser dialektischen Betrachtungsweise bei einer Bewertung des e-Kodes. Konkret bedeutet das, dass die Analyse der sozialen Hindernisse („situative obstacles“ nach Fougeyrollas) und nicht deskriptive Elemente allein, wie in der ICIDH-2 vorgesehen, hinreichend sind, um integrative Perspektiven zu entwickeln.

Das zeigt die abschließende Auswertung der Feldstudie in Bezug auf die therapeutische Wertigkeit integrativer Maßnahmen. Es kann eine Summenbildung möglicher therapeutischer Therapiemaßnahmen vollzogen werden. Diese zeigt, dass ICD und der s-Kode der ICIDH, aber besonders ihr e-Kode herausragende Bedeutung für die Integration haben.

Zusammenfassend trägt eine dialektische Betrachtung der ICIDH-2 unter Berücksichtigung „kausaler“ Aspekte, die sich auch auf die ICD beziehen, zur Dynamisierung beim klassifikatorischen Vorgehen bei und eröffnet vor allem therapeutische Perspektiven.

Literatur

Fougeyrollas, P. (1998): ICIDH and Environmental Factors International Network. Vol 9, 2-3. P 40 (s. auch: Anthropological studies. Abstracts, Reg. Conf. Rehab. Internat.,Atlanta, 10/93).

Greve, J. (1998): Der Integrations-Prognose-Index (IPI). Die Rehabilitation 37, 4, XLI-LII.

ICIDH-2 (Beta-1 Entwurf) (1998): Hrsg.: WHO; Koordination: M.F. Schuntermann, VDR. www.ifrr.vdr.de

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der BfA - Ergebnisse zur aktuellen Dokumentations-, Auswertungs- und Berichtspraxis

Sommhammer, B., Nischan, P.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Vorbemerkung

Die KTL ist eine systematische Klassifizierung der therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation (KTL, 1997). Ihr wesentlicher Zweck ist die inhaltlich verbesserte Dokumentation therapeutischer Leistungen durch verbindliche Definitionen sowie eine adäquate Abbildung der dokumentierten Reha-Prozess-Qualität im einheitlichen Reha-Entlassungsbericht.

Die KTL wurde von der BfA im Rahmen umfangreicher Konsensusgruppenarbeiten entwikkelt und eingeführt und ist seit 1997 im Bereich der BfA routinemäßig in das Reha-Entlassungsberichtsverfahren integriert. Der VDR hat die KTL verbindlich für alle Rentenversicherungsträger empfohlen.

Es wird exemplarisch über die KTL-Dokumentations-, Auswertungs- und Berichtspraxis der BfA berichtet.

Qualität der Dokumentation

Ausgewertet wurden 148.620 Entlassungsberichte von 462 Behandlungsstätten mit mindestens 50 entlassenen Rehabilitanden im 1. Halbjahr 1999. Bei 95 Prozent dieser Entlassungsberichte wurde eine KTL-Dokumentation mit erfasst. Formale Fehler wiesen nur etwa 5 Prozent der fünfstellig dokumentierten KTL-Leistungseinheiten auf. Die inhaltliche Richtigkeit der Kodierungen wird als gut eingeschätzt.

Eine weitere Verbesserung der Dokumentationspraxis soll durch die Veröffentlichung gezielter Dokumentationsanleitungen für ausgewählte Fachgebiete der medizinischen Rehabilitation, durch ein alphabetisches Register zur KTL (zusammen mit der KTL auf CD-ROM) und durch die aufgrund der bisherigen Auswertungen inhaltlich überarbeitete Neuauflage der KTL erreicht werden.

Routine-Berichterstattung

Für die häuserbetreuenden Dezernate der BfA wurden klinikspezifische Auswertungs- und Berichtsmöglichkeiten entwickelt, die sich in der Praxis bewährt haben. Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms erfolgt halbjährlich eine tabellarische Routine-Rückmeldung der KTL-Daten an die Behandlungsstätten („Berichte zur Qualitätssicherung“).

Spezielle KTL-Auswertungen

Als Beispiel für eine vergleichende Untersuchung zu einer speziellen Fragestellung werden die Leistungen für 3.490 BfA-Rehabilitanden des ersten Halbjahres 1999 mit der 1. Diagnose Asthma bronchiale oder COLD (ICD9: 4912 bzw. 493) in Abhängigkeit vom Fachabteilungsschlüssel - 1400 (Lungen- und Bronchialheilkunde) oder 0114 (Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde) - dargestellt. Es finden sich für die beiden genannten Abteilungen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der wöchentlich pro behandeltem Rehabilitand in den einzelnen KTL-Kapiteln dokumentierten Leistungseinheiten (Abb. 1). Auffällig ist vor allem die deutlich geringere Schulungsintensität in Reha-Einrichtungen, die der Fachrichtung „Innere Medizin“ zugeordnet sind.

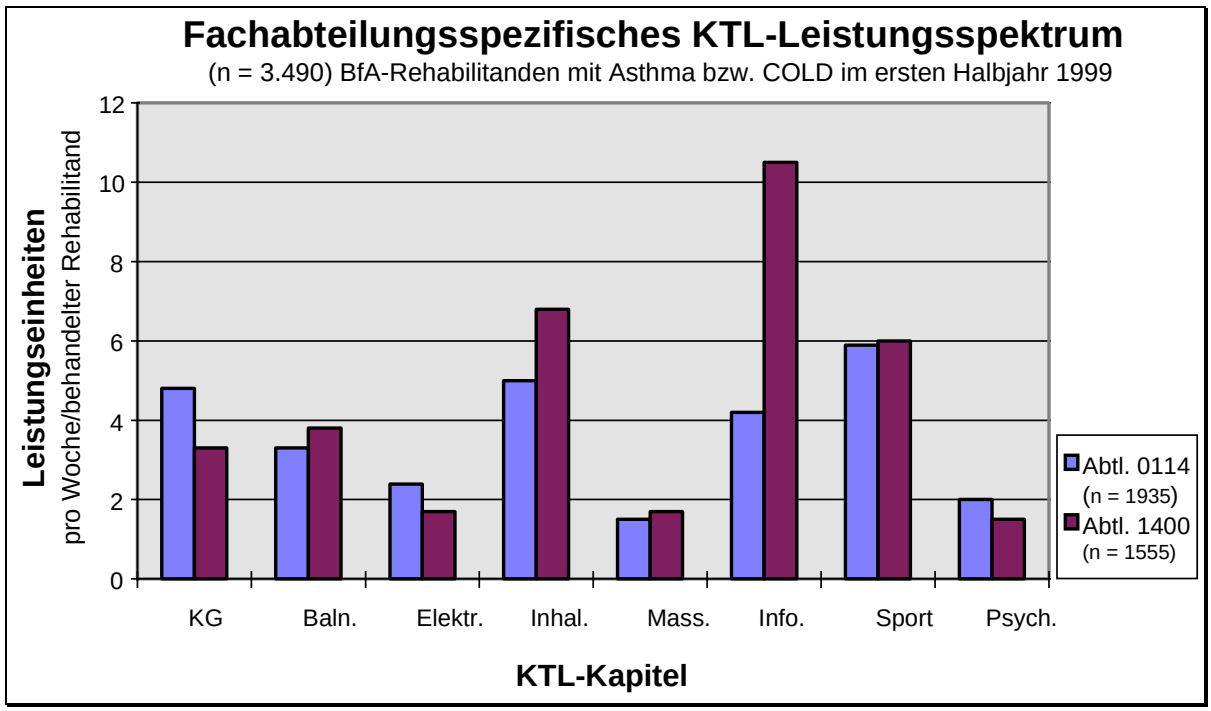
Auch der Anteil von Patienten, die überhaupt keine therapeutische Leistung in einzelnen KTL-Kapiteln erhalten, weist je nach Fachabteilung statistisch signifikante Unterschiede auf (Abb. 2). In den Abteilungen 1400 (Lungen- und Bronchialheilkunde) wird bei 90 % der Rehabilitanden auf die Anwendung elektrotherapeutischer Maßnahmen verzichtet.

Ausgewählte fünfstellige Leistungen aus den KTL-Kapiteln e (Inhalation), k (Schulung), und p (klin. Psychologie) werden in ihrer Verteilung auf Kliniken und Rehabilitanden analysiert und interpretiert.

Diskussion

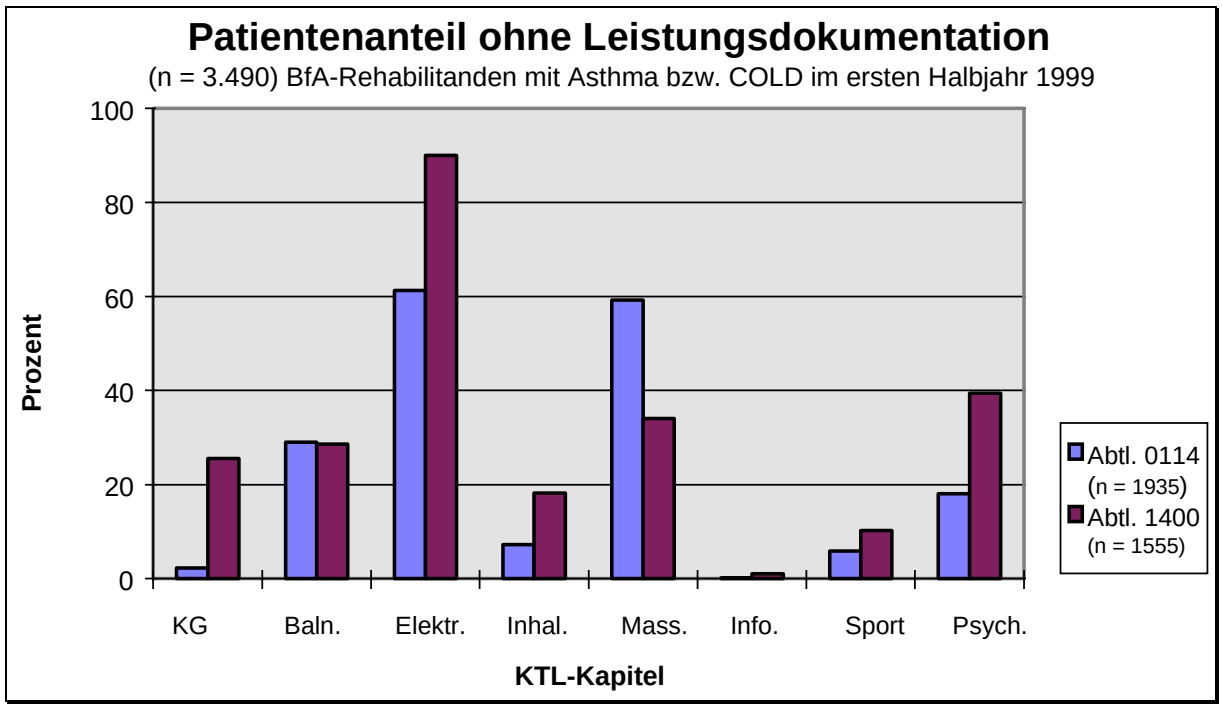
Das exemplarisch für unsere klinikbezogenen Auswertungen dargestellte Ergebnis bedarf der Interpretation. Die je nach Abteilung unterschiedlichen Behandlungsgewohnheiten sind zum Teil auf die derzeitige Dokumentationspraxis in den Behandlungsstätten zurückzuführen. Sie werden aber auch durch unterschiedliche Therapiekonzepte bedingt sein und vor allem durch die individuell unterschiedliche Bedarfssituation und Belastbarkeit der einzelnen Rehabilitanden.

Abbildung 1:



Bevor man aus den dokumentierten therapeutischen Leistungen von Rehabilitanden Rückschlüsse auf deren Belastbarkeit, Compliance oder den Therapiebedarf ziehen will, sind der vorgegebene KTL-Rahmen und die angewandten Auswertungskriterien hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit zu hinterfragen. Das gleiche gilt für interpretierende Rückschlüsse auf Dokumentationspraxis, personelle Ressourcen oder abweichende Therapiekonzepte von Behandlungsstätten.

Abbildung 2:



Schlussfolgerung

Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse exemplarisch für den Bereich der pneumologischen Rehabilitation, dass sich mithilfe der KTL aus der gezielten Auswertung von Reha-Entlassungsberichten empirisch fundierte Unterschiede in therapeutischen Konzepten und ihren abteilungsspezifisch differenzierten Realisierungspotenzialen ableiten lassen.

Literatur

KTL (1997): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 3. erw. Aufl. BfA Berlin.

Sommhammer, B. (1997): Klassifikation therapeutischer Leistungen. In: Welter, F.L. und Schönle, P.W. (Hrsg.), Neurologische Rehabilitation. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 349-357.

Möglichkeiten und Grenzen experimenteller Designs in der Rehabilitationsforschung

Faller, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität, Würzburg

In Studien, in denen die Wirksamkeit einer Intervention überprüft werden soll, wird unter der internen Validität die Sicherheit verstanden, mit der die gemessenen Effekte auf die variierten Interventionsbedingungen zurückgeführt werden können. Die Sicherheit von Kausalschlüssen hängt in erster Linie von der Anlage einer Studie (Versuchsplan, Design) ab. Als „Goldstandard“ gilt die randomisierte kontrollierte Studie (RCT; Bortz, 1995). In der Rehabilitationsforschung kann jedoch ein Mangel an kontrollierten Studien konstatiert werden. Der vorherrschende Studientyp realisiert vielmehr lediglich das sog. Eingruppen-Prä-Post-Design (Schliehe et al., 1996). Im vorliegenden Beitrag sollen zunächst anhand einer empirischen Demonstration des Phänomens der Regression zur Mitte die Notwendigkeit kontrollierter Studien veranschaulicht und anschließend Möglichkeiten und Grenzen randomisierter kontrollierter Studien in der Rehabilitationsforschung dargestellt werden (Faller et al., 1999).

Als „Regression zur Mitte“ bezeichnet man das statistische Phänomen, dass hohe Werte eines Merkmals eine größere Wahrscheinlichkeit aufweisen, in der follow up-Messung zur Mitte, d.h. zu niedrigeren Werten zu tendieren. Da für Rehabilitationsmaßnahmen üblicherweise Personen ausgewählt werden, die hohe Werte auf einem rehabilitationsrelevanten Störungsindikator aufweisen, kommt diesem Phänomen zur Erklärung von Unterschieden zwischen Prä- und Post-Messungen Bedeutung zu. Anhand empirischer Daten aus der psychometrischen Prüfung des Musculoskeletal Function Assessment mit einer Stichprobe von Patienten mit Kniegelenksarthrosen, die zu mehreren Messzeitpunkten ohne bzw. mit zwischenzeitlicher Intervention untersucht wurden, wurden die jeweiligen Effektstärken (Differenz der Mittelwerte/Standardabweichung) für die Gesamtgruppe und für Extremgruppen berechnet. Dabei zeigten sich schon während der einwöchigen Retest-Phase auf dem Funktionsindex Effektstärken von 0.41 für die Gesamtgruppe und 1.27 für das am stärksten beeinträchtigte Quartal. Für den Beeinträchtigungsindex lauten die entsprechenden Ziffern 0.64 und 2.10. Dies bedeutet, dass allein durch den Regressionseffekt ein mittlerer (Gesamtgruppe) bzw. starker Effekt (Extremgruppe) zustande kam. Um derartige Effekte kontrollieren zu können (und nicht fälschlicherweise einer Intervention zuzuschreiben), sind experimentelle Studien notwendig.

Typische Merkmale experimenteller Therapiestudien sind: Randomisierung; unspezifische Placebo-Behandlung (bzw. Standardbehandlung) in der Kontrollgruppe; manualisiertes Behandlungsprogramm, Überprüfung der Treatment-Integrität; vergleichbare Behandlungsdosis; „blinde“ Ergebnisbeurteilung, eng definierte Ein- und Ausschlußkriterien; diagnostisch homogene Stichproben, Ausschluss von Komorbidität; nur ein/nur wenige Zielkriterium/en, um den statistischen Fehler I, d.h. die Wahrscheinlichkeit, durch Mehrfachtestung zufällig

signifikante Ergebnisse zu produzieren, gering zu halten. Merkmale der Rehabilitationspraxis sind hingegen u.a.: teilweise Selbstselektion der Patienten; adaptive Indikation; multiple Diagnosen; breite, unscharfe Problem- und Zieldefinitionen. Diese Kontrastierung zeigt, dass unter Praxisbedingungen experimentelle Studienansätze oft nicht ohne weiteres realisiert werden können. Dies bedeutet, dass sich einerseits die klinische Situation verändern muss, wenn man Therapiestudien durchführen will, und dass sich andererseits auch die Idealvorstellungen des RCT auf die klinische Situation zubewegen müssen, um einen tragfähigen Kompromiss zwischen möglichst hoher Interpretationssicherheit und Realisierbarkeit in der Praxis anzustreben.

Auch die Prozedur der Randomisierung selbst kann zu Effekten führen, welche die externe Validität beeinträchtigen können: Möglicherweise sind Patienten, die einer Randomisierung zustimmen, nicht repräsentativ für die Population, für die die Behandlungsmaßnahme evaluiert werden soll. Potentielle Untersuchungsteilnehmer müssen vor ihrer Entscheidung über die Partizipation an der Studie umfassend, d.h. insbesondere auch hinsichtlich der vorgesehenen Randomisierung und der unterschiedlichen Behandlungsbedingungen, aufgeklärt werden (informed consent). Weder eine Einfach-blind- noch eine Doppel-Blind-Studie sind deshalb möglich. Dadurch können Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse der Studienteilnehmer eine große Bedeutung gewinnen. Wenn die zu prüfende Behandlung als Behandlung erster Wahl betrachtet wird, könnte dies infolge des unspezifischen Erwartungseffekts zu einer Verstärkung des Unterschieds zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe führen. Stimmen die Präferenz des Patienten und die Zuweisung durch Randomisierung hingegen nicht überein, könnte dies (infolge eines negativen Erwartungseffekts) zu einer Unterschätzung des Treatment-Effekts führen.

Generell wird eine externe Randomisierung empfohlen. Diejenige Person, die die Allokation der Patienten in der Klinik durchführt, und diejenige, die das Allokationsschema erzeugt, dürfen nicht identisch sein. Abschließend wird über praktische Erfahrungen mit der externen Randomisierung in rehabilitationswissenschaftlichen Studien berichtet.

Literatur

Bortz, J., Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Faller, H., Haaf, H.G., Kohlmann, Th., Löschmann, Ch., Maurischat, C., Petermann, F., Schulz, H., Zwingmann, Ch. (1999): Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung. DRV-Schriften 16, 9-52.

Schliehe, F., Haaf, H.G. (1996): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, 10-11, 666-689.

Alternative Auswertungsstrategien bei quasi-experimentellen Designs

Schuck, P.

Forschungsinstitut (FBK), Bad Elster

Subklassifikation mittels Propensity-Score-Modellen zur Ermittlung des Rehabilitationserfolgs

In der klinischen Medizin gilt die randomisierte kontrollierte Studie („randomized controlled trial": RCT) als der Königsweg zur Wirksamkeitsprüfung von Therapien (Dannehl, 1998). Quasi- (mit Vergleichsgruppe, aber ohne randomisierte Zuweisung) und nicht-experimentelle (ohne Kontrollgruppe) Designs werden dagegen vornehmlich zur Identifizierung von Prognosefaktoren des Therapieerfolgs/-misserfolgs benutzt. Die dazu eingesetzten statistischen Verfahren sind meist Regressionsgleichungen bzw. verwandte Verfahren im Allgemeinen Linearen Modell. Ihre grundsätzliche Problematik wurde schon des öfteren diskutiert (Vielzahl von potentiellen Confoundern/Prädiktoren, insbesondere bei Berücksichtigung aller Interaktionen, Annahme eines bestimmten funktionalen Zusammenhangs [z.B. Linearität] etc., Harrell et al., 1985).

Zumindest im deutschen Rehabilitationswesen erscheint die Realisierung von RCTs vor allem aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Probleme schwierig. Entsprechend findet man kaum derartige Studien, jedenfalls nicht, wenn Globaleffekte geprüft werden sollen, und wenn man einmal von speziellen Varianten mit Wartegruppendesigns absieht, die heute aufgrund kaum mehr bestehender Wartelisten häufig ebenfalls nicht mehr möglich erscheinen.

Für quasi-experimentelle Designs wurde von Rosenbaum und Rubin (1983; Rubin, 1997) eine Auswertungsstrategie entwickelt, die dem Kausalitätsanspruch von RCTs bei der Interpretation der Studienergebnisse sehr nahe kommen kann:

Die Vielzahl potentieller Confounder-Variablen wird zunächst für jeden Probanden aus beiden Gruppen mittels einer Funktion auf einen Score „reduziert", nämlich den sog. Propensity-Score (Propensity: „Hang" oder „Neigung" der Index- bzw. der Vergleichsgruppe anzugehören). Die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit aus den potentiellen Confoundern erfolgt mittels den üblichen regressionsstatistischen Modellen (z.B. logistische Regression, Diskriminanzanalyse o. ä.). In diesem Schritt spielt die eigentliche Outcome-Variable („Reha-Erfolg") noch keine Rolle.

In einem zweiten Schritt wird dann mittels Aufteilung der Probanden in meist fünf oder mehr Klassen (sog. Subklassifikation) anhand der Ausprägung dieses Propensity-Scores überprüft, ob sich Treatment- und Kontrollgruppe hinsichtlich dieses (einen) zusammengesetzten Scores hinreichend überlappen (und damit eine hinreichend genaue Strukturgleichheit gegeben ist). Ist dies der Fall, können die Resultate der eigentlichen Outcome-Variable in den Subklassen interpretiert werden. Berechnete Treatmenteffekte sind unmittelbar hinsichtlich der berücksichtigten Confounder-Variablen adjustiert. Diese Subklassifikation ist an keinerlei Annahme bezüglich der Art des funktionalen Zusammenhangs zur Outcome-Variable gebunden. Ebenfalls im Gegensatz zum rein regressionsstatistischen Vorgehen sind strukturelle Ungleichheiten zwischen den Gruppen unmittelbar ersichtlich.

Die Annäherung eines solchen Vorgehens an die Interpretationsmöglichkeiten eines RCTs hängt selbstverständlich von der Auswahl und Berücksichtigung potentieller Confounder-Variablen ab. Es werden auch vergleichsweise große Stichproben benötigt. Es soll RCTs auch nicht ersetzen, sondern z.B. eher die Übertragbarkeit der Ergebnisse von in der Regel hoch idealisierten RCTs-Durchführungsbedingungen auf klinische Routinesituationen prüfen bzw. bei Fragestellungen eingesetzt werden, bei denen sich RCTs etwa aus ethischen Gründen verbieten.

Das Vorgehen wird an einem Beispiel demonstriert und seine Anwendbarkeit auf den Reha-Bereich (z.B. zum Vergleich von ambulanten und stationären Setting) diskutiert.

Taxonomische Klassen zur Ermittlung von (relativer) Rehabilitationsindikation und zur Prognose des Rehabilitationserfolgs

Regressionsstatistische Modelle und Modifikationen wie das Propensity-Score-Modell sind kompensatorische Ansätze, d.h. ein niedriger Wert auf einer Prädiktor-/Confounder-Variablen kann durch einen hohen Wert auf einer anderen Variablen ausgeglichen werden. Spezifische Konstellationen bleiben somit u.U. unerkannt (Wiggins, 1973).

Insbesondere für die Belange der Kostenträger im Rehabilitationswesen könnten Auswertungsstrategien bei nicht-randomisierten Studien erfolgreich einsetzbar sein, die dies vermeiden (jedenfalls in größerem Stil):

Ursprünglich in der gewerblichen Versicherungswirtschaft auf der Basis von Kontingenztabellen entwickelt, werden taxonomische Klassen (Gruppen von Versicherten, die hinsichtlich mehrerer, für das jeweilige Versicherungsrisiko prognoserelevanter Variablen gleich oder ähnlich sind) dort erfolgreich seit Jahrzehnten benutzt, um das Versicherungsrisiko in den einzelnen Klassen abzuschätzen und dann in entsprechende Prämien umzurechnen.

Eine einfache Übertragung auf den Aufgabenbereich von Sozialversicherungsträgern in der Rehabilitation ist nicht ohne weiteres möglich, da routinemäßig potentiell relevante Merkmale (z.B. Reha-Bedürftigkeitsindikatoren aus einem Fragebogen) zur jeweiligen Kriteriumsvorhersage (z.B. Risiko der Frühberentung) nicht erfasst werden, meist eine größere Anzahl von potentiellen Prädiktoren in Betracht gezogen werden muss, die zudem in aller Regel untereinander korreliert sind (vgl. dazu auch die o. g. Hinweise auf die Nachteile regressionsstatischer Ansätze).

Auch bei Erhebungen für Forschungszwecke können meist nicht so umfangreiche Kollektive untersucht werden, dass tatsächlich alle Zellen einer solchen Kontingenztafel aus potentiell prognoserelevanten Variablen mit einer hinreichenden Fallzahl besetzbar wären.

Unter der Prämisse, dass die individuellen Merkmalskonfigurationen nicht zufällig streuen, sondern dass bestimmte Konfigurationen gehäuft vorkommen, während andere kaum auftreten, könnte durch Klassifikationsverfahren wie z.B. Clusteranalysen (Dunckel, 1991) dieses Problem umgangen werden. Dennoch sind immer noch relativ große Stichproben nötig.

Im Unterschied zu den meist eingesetzten regressionsstatistischen Ansätzen (Faller et al., 1999) werden die taxonomischen Klassen völlig unabhängig vom Kriterium (der oder den Outcome-Variablen) ermittelt. Somit können die gleichen Klassen hinsichtlich verschiedener Ergebnisvariablen verglichen werden.

Allein für Prognosezwecke wäre eine Beobachtungsstudie an einer Gruppe ausreichend, entweder eine Reha-Antragstellergruppe, um die taxonomischen Klassen zu ermitteln, die z.B. besonders gute Erfolge zeigen, oder eine Versichertengruppe, um die taxonomischen Klassen darunter zu identifizieren, die ohne Rehabilitation ein hohes Frühberentungsrisiko haben.

Soll auf der Basis von taxonomischen Klassen eine Aussage zur Wirksamkeit von Rehabilitation geleistet werden - weil etwa randomisierte Studien nicht realisierbar erscheinen -, müssten zwei solcher Systeme aus taxonomischen Klassen mit den gleichen potentiellen Prädiktoren in einer Antragsteller- und einer Versichertenstichprobe erstellt werden. Durch wechselseitige statistische Zuordnung der Probanden zu ihrer jeweils ähnlichsten Klasse des anderen Systems (z.B. mittels Diskriminanzanalysen) - und Vergleich der Ergebnisse im Hinblick auf Ereignisse wie „Frühberentung'" - könnte eine Reha-Bedarfs- und Erfolgsabschätzung geleistet werden, gegebenenfalls auch für verschiedene Reha-Ziele.

Der Beitrag wird auf das grundsätzliche Vorgehen dieser Auswertungstechnik eingehen und ihre Probleme und Risiken darstellen. Falls es gelingt solche Systeme aufzustellen, liefern sie Informationen (bedingte Wahrscheinlichkeiten), die klinischem Denken sehr nahe kommen und daher eine höhere Akzeptanz erhoffen lassen als die üblicherweise eingesetzten Regressionsmodelle.

Literatur

Dannehl, K. (1998): Experimental study versus non-experimental study: the non-experimental (non-randomized) study as a methodological compromise. In: Abel, U. Koch, A. (Hrsg.). Nonrandomized Comparative Clinical Studies (41-51). Düsseldorf: Symposion Publishing.

Dunckel, H. (1991): Mehrfachbelastungen und psychosoziale Gesundheit. In: Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg.). Psychischer Stress am Arbeitsplatz (154-167). Göttingen: Hogrefe.

Faller, H., Haaf, G., Kohlmann, Th., Löschmann, Ch., Maurischat, C., Petermann, F., Schulz, H., Zwingmann, Ch. (1999): Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung. [Web Seite]. URL http://www.ifrr.vdr.de [15. September 1999].

Harrell, F.E.Jr, Lee, K.L., Matchar, D.B., Reichert, T.A. (1985): Regression models for prognostic prediction: advantages, problems, and suggested solutions. Cancer Treatment Reports, 69, 1071-1077.

Rosenbaum, P.R., Rubin, D.B. (1983): The central role of propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika, 70, 41-55.

Rubin, D.B. (1997): Estimating causal effects from large data sets using propensity scores. Annals of Internal Medicine, 127, 757-763.

Wiggins, J.S. (1973): Personality and Prediction: Principles of Personality Assessment. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Meta-Analysen in der Rehabilitation

Nischan, P., Winnefeld, M.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Meta-Analyse ist eine Methode zur Zusammenführung der Ergebnisse von einzelnen Studien mit analoger Fragestellung und Studienanlage, um den Gesamteffekt, der die Informationen aus allen Studien beinhaltet, zu bestimmen. Ursprünglich angewendet in Psychologie und Erziehungswissenschaften, erfuhr sie breite Anwendung auch in der Medizin. Meta-Analysen sind nicht nur Mittel zur Zusammenfassung, sondern sind auch potentiell in der Lage, in den Einzelstudien nicht aufgeworfene Fragestellungen zu untersuchen und so zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. In diesem Beitrag soll der Stand der Anwendung dieser Methode in der Rehabilitation dargestellt werden.

Methodik

Mittels Literatur-Recherche (MEDLINE, SOMED) (Stand 11/99) wurden für die Jahre 1994 bis 1999 Meta-Analysen, durchgeführt im Bereich der Rehabilitation, ermittelt. Auswahlkriterium war die quantitative Behandlung der Effekte der Einzelstudien. Die Zuordnung zur Rehabilitation erfolgte durch den entsprechenden Deskriptor. Die Studien wurden qualitativ beurteilt entsprechend der Nachvollziehbarkeit der Standard-Schritte bei der Durchführung von Meta-Analysen: Definition der Fragestellung; Definition der Einschlusskriterien von Studien; Auffinden von passenden Studien; Zusammenfassung der Ergebnisse jeder Studie in standardisierter Form; Bestimmung eines summarischen Ergebnisses mit geeigneten statistischen Verfahren; Untersuchung der Variation zwischen den Studien; Sichtung und Interpretation der Ergebnisse (Petitti, 1994).

Ergebnisse

Insgesamt wurden in dem betrachteten Zeitraum 39 zutreffende Meta-Analysen, überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum, gefunden. Mit 12 Arbeiten macht die Rehabilitation bei Suchterkrankungen das am häufigsten bearbeitete Thema aus. Es folgen Schmerztherapien (8), Rehabilitation nach Schlaganfall (5) sowie bei Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (3). Der Vergleich stationäre multidisziplinäre Rehabilitation versus normale ambulante Versorgung wurde in einem Fall behandelt. Die Einhaltung der Standards fiel sehr unterschiedlich aus: Beispielsweise wurden in der Regel Einschlusskriterien definiert, während die Prüfung auf Heterogenität nur in Einzelfällen erfolgte. Ergebnis-Parameter waren üblicherweise spezifische Besserung und Lebensqualität. Die Wiederaufnahme der Arbeit wurde in nur 2 Arbeiten, die Frühberentung überhaupt nicht betrachtet. Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Meta-Analysen reichen von Kritik an der Qualität der Originalarbeiten (Lebensqualität nach Rückenmarksverletzung) bis zu eindeutig positiven Ergebnissen mit Praxisempfehlungen (psychosoziale Interventionen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit).

Diskussion

Obwohl noch keine umfassende Suche nach Meta-Analysen erfolgte, wird angenommen, dass die Arbeiten im wesentlichen erfasst wurden und somit ein Gesamtbild wiedergegeben wird. Als schwierig erweist sich in Einzelfällen die Abgrenzung von Rehabilitation, insbesondere im Verständnis der Leistungsträger im deutschen Versorgungssystem. Die Ergebnisse der Meta-Analysen - bei entsprechender Qualität ihrer Durchführung - können wichtige Grundlagen für weitergehende Untersuchungen bzw. Entscheidungen sein. Die eher geringe Zahl von Meta-Analysen in der Rehabilitation im Vergleich zur klinischen Medizin oder Epidemiologie lässt möglicherweise auf einen Mangel an entsprechenden, insbesondere kontrollierten, Studien schließen.

Literatur

Petitti, D.B. (1994): Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis: methods for quantitative synthesis in medicine. Oxford-University-Press, New York.

Outcome-Messung mittels Fragebogen-Assessments: Wann liegt ein klinisch relevantes Ergebnis für einen einzelnen Patienten vor?

Schuck, P.

Forschungsinstitut (FBK), Bad Elster

Dass ein statistisch signifikantes Ergebnis bei der Beurteilung einer Therapiestudie nicht notwendigerweise auch eine klinische Relevanz besitzen muss (Schäfer, 1997) ist inzwischen weitverbreitet. Zur gruppenstatistischen Kontrolle werden daher spätestens seit dem Ende der 80iger-Jahre Effektstärkemaße immer mehr gefordert (Wilkinson et al., 1999) und auch vermehrt eingesetzt.

Eher in Richtung Interpretierbarkeit auch für den Einzelfall gehen Kennziffern für dichotome Daten wie „number-needed-to-treat" (NNT), „odds ratios" (OR) oder relatives Risiko (RR), obschon auch hier der Streit um die geeignetste Kennziffer noch nicht ausgestanden ist. Von daher war die Entwicklung entsprechender Umrechnungstabellen für Effektstärken in NNTs (Furukawa, 1999) Anlass für ein erneutes Aufbrechen eines alten Streites, zumal dies mit einem Verlust an Information verbunden ist, da intervallskalierte Daten auf Nominalskalenniveau transformiert werden.

In der klinischen Psychotherapieforschung sind von Jacobson und Mitarbeitern (Jacobson et al., 1999) andere Wege beschritten worden, um im Einzelfall bei intervallskalierten Daten von Fragebogen[7] zu Aussagen zum Behandlungserfolg zu kommen:

Patienten gelten nur dann als klinisch gebessert („geheilt"), wenn zwei Bedingungen erfüllt sind:

[7] bzw. ordinalskalierten Daten, die aber in diesem Zusammenhang üblicherweise wie intervallskalierte behandelt werden

- der „Reliable Change Index" (RC-Index) individueller Änderungen muss inferenzstatistisch signifikant sein, und
- bei der Post-Messung muss der Outcome-Score sich „nennenswert" auf die Verteilung der Punktwerte bei Gesunden zu bewegt haben.

Zur Konkretisierung von letzterem werden drei verschiedene Cut-Off-Punkte diskutiert:

- der Post-Wert muss mindestens zwei Standardabweichungen außerhalb des Mittelwerts der Patientenstichprobe (in Richtung auf „gesunde" Werte hin) liegen: Diese Kriterium ist auch anwendbar, wenn keine Normdaten von einer Eichstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung vorliegen.
- Annäherung auf mindestens zwei Standardabweichungen an den Mittelwert der Normstichprobe
- „Mittel“ zwischen Norm- und Patientenstichprobe

Vor- und Nachteile der einzelnen Kriterien werden diskutiert, ebenso die grundsätzliche Brauchbarkeit dieses Ansatzes für Lebensqualitätsskalen (McHorney et al., 1995) in der Rehabilitation, insbesondere bei Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ferner werden Überlegungen zu Modifizierungsmöglichkeiten dargestellt, wenn - wie z.B. bei Beschwerdefragebogen - keine Normalverteilung der Daten angenommen werden kann, wie im ursprünglichen Ansatz von Jacobson vorausgesetzt.

Literatur

Furukawa, T.A. (1999): From effect size into number needed to treat. The Lancet, 353, 1680 (und Kommentare in: The Lancet, 354, 597-598).

Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., McGlinchey, J.B. (1999): Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 300-307.

McHorney, C.A., Tarlov, A.R. (1995): Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? Quality of Life Research, 4, 293-307.

Schäfer, H. (1997): Anforderungen an eine patientenorientierte klinisch-therapeutische Forschung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 122, 1531-1536.

Wilkinson, L. (1999): Task Force on Statistical Inference. Statistical methods in psychology journals: guidelines and explanations. American Psychologist, 54, 594-604.

Qualitätssicherungssysteme für die Verbundforschung – Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen

Herdt, J. (1), Bengel, J. (2), Jäckel, W.H. (3)

(1) Geschäftsstelle des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen, Freiburg (2) Psychologisches Institut der Universität, Freiburg, (3) Universitätsklinikum, Freiburg

Hintergrund

Innerhalb des Förderschwerpunktes "Rehabilitationswissenschaften" von BMBF und Deutscher Rentenversicherung wurden durch die Förderer qualitätssichernde Maßnahmen vorgegeben (z.B. unabhängige Begutachtung auf Projektebene, strukturelle Vorgaben wie methodische Beratungszentren auf Verbundebene, verbundübergreifende Arbeitsgruppen zur Abstimmung des methodischen Vorgehens auf Ebene des Förderschwerpunkts).

Auf Verbundebene wurden im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg / Bad Säckingen weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung implementiert.

Der Beitrag ordnet diese Maßnahmen den von DIN ISO 9004 Teil 2 angesprochenen Elementen zu. Diese Zuordnung soll dazu beitragen,

- die bereits etablierten Maßnahmen aus dem Blickpunkt eines umfassenden QS-Systems zu analysieren,
- mögliche und/oder notwendige Ergänzungen aufzuzeigen und
- generell die Anwendbarkeit von bestehenden QS-Systemen auf (rehabilitationswissenschaftliche) Forschungsverbünde zu diskutieren.

Einordnung in DIN ISO 9004 Teil 2

Die DIN ISO 9004 Teil 2 ist eine Anleitung zur Definition und Implementierung eines Qualitätssicherungssystems (QSS) in Dienstleistungsorganisationen, z.B. im Bereich Gesundheitswesen (Jaster, 1997). Sie macht Aussagen über die Gestaltung der für ein QSS notwendigen Elemente. Die Einordnung der Qualitätsmaßnahmen des Forschungsverbundes Freiburg Bad Säckingen zu diesen Elementen ergibt:

Qualitätspolitik i.S.v. Zielsetzungen bezüglich der Dienstleistungsqualität oder Vorgehensweisen zur Verfolgung von Qualitätszielen in den Verbünden ist in Ansätzen in der Ausschreibung des Förderschwerpunkts festgehalten. Die Vorgaben der Förderer (Aufbau rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsstrukturen, unmittelbarer Praxisbezug) sind als Qualitätsziele aufzufassen. Diese wurden in inhaltliche und strukturelle Zielsetzungen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen umgesetzt. Das gemeinsame Verbundthema "Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung" stellt den Rahmen dar für die Untersuchungen der einzelnen Forschungsprojekte, die zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses beitragen sollen (Praxisbezug). Hauptzielsetzung auf der strukturellen Ebene des Forschungsverbundes ist die Überwindung der Fragmentierungsproblematik in der Rehabilitation zwischen Forschung und Praxis und zwischen Einrichtungen der Rehabilitationspraxis (Aufbau von Forschungsstrukturen).

Qualitätsverantwortung und -befugnis, die Zuständigkeiten bzgl. der Qualität regeln, sind ansatzweise definiert (z.B. Anforderungen an die Berichte der Projekte, Geschäftsstelle als für die QS auf Verbundebene zuständiges Organ). Qualitätssichernde Maßnahmen liegen bisher im Zuständigkeitsbereich von Geschäftsstelle und Methodenzentrum.

Maßnahmen im Bereich der Personalentwicklung auf Verbundebene sind bedarfsorientierte Fortbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen der beteiligten Projekte und der kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen (Ringvorlesungen, Workshops etc.).

Im Qualitätssicherungssystem des Verbundes sind den definierten strukturellen Verbundzielen konkrete Maßnahmenkomplexe gegenübergestellt (z.B. Implementierung der Querschnittsprojekte Geschäftsstelle und Methodenzentrum, Durchführung zentraler Verbundveranstaltungen, Aufbau eines Kommunikationsnetzes etc.). Die Verantwortlichkeiten und die Ablaufverfahren sind im Verbundantrag definiert, Kontrollmöglichkeiten sind in der Satzung des Verbundes, dem alle beteiligten Projekte zugestimmt haben, festgehalten.

Zur Qualitätsdokumentation dienen, neben den jährlichen Berichten des Verbundes an die Förderer zur Entwicklung in verschiedenen Qualitätsbereichen auf Verbund- und Projektebene, regelmäßige Berichte der Projekte an das Methodenzentrum und den Vorstand des Verbundes.

Mögliche/notwendige Ergänzungen, Anwendbarkeit von QS-Systemen auf rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde

Grenzen der Einordnung der bestehenden QS-Maßnahmen des RFV in die DIN ISO 9004-Bestimmungen bestehen darin, dass die Vorgaben für den Dienstleistungsbereich allgemein gehalten und nicht direkt übertragbar sind. Dennoch ergeben sich hieraus konkrete Hinweise für die Ergänzung und Vervollständigung qualitätssichernder Maßnahmen:

Die Qualitätsverantwortung und -befugnis sollte um eine Regelung der Zuständigkeiten für die Einrichtung und fortlaufende Überprüfung des QSS zwecks Verbesserung (Pinter et al., 1995) ergänzt werden. Die Aufbau- und Ablauforganisation des Qualitätswesens ist nicht, wie von (Wittig, 1994) gefordert, als unabhängige Organisationseinheit aufgezeigt, in der Kompetenzen bzgl. Fehlerverhütungsmaßnahmen, Behandlung von Fehlern, Korrekturen und deren Überprüfungen geregelt sind.

Um das Personal (Projektleitung und ProjektmitarbeiterInnen) stärker in den QM-Prozess einzubeziehen, müssen, neben der Weiterführung von Maßnahmen zur Fortbildung, Anreize geschaffen werden für Beiträge zur Qualitätsverbesserung.

Verschiedene strukturelle Aspekte des Qualitätsmanagementsystems sind bisher nicht verwirklicht. Es gibt z.B. im Bereich Qualitätsdokumentation und -aufzeichnung kein Qualitätshandbuch, das eine vollständige, d.h. alle Schlüsselaspekte behandelnde Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems beinhaltet. Allerdings muss diskutiert werden, ob zur Beschreibung der Gesamtheit aller Vorgaben und Maßnahmen des Qualitätsmanagement innerhalb eines rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes ein Qualitätshandbuch nach den DIN ISO 9004-Vorgaben notwendig ist.

Die geforderte Bewertung des Qualitätssicherungssystems erfordert Informationen zu Wirksamkeit und Nutzen der Dienstleistungen, zu Verwirklichung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems sowie zu Veränderungen durch bspw. gesellschaftliche Aspekte

oder neue Qualitätskonzepte. Voraussetzungen sind hier die Definition klarer Kriterien, anhand derer die Bewertung erfolgen kann.

Langfristiges Ziel muss die Etablierung eines QM-Systems sein, das eine dynamische Qualitätsverbesserung anstrebt und eine Selbstbewertung ohne kostenaufwendige Fremdbeurteilung erlaubt (z.B. nach EFQM-Kriterien, z.B. Hildebrand et al., 1998). QS-Maßnahmen ohne Einbettung in ein System bleiben Einzelmaßnahmen.

Literatur

Hildebrand, R., Gerhard, H. et al. (1998): Mehrjährige Selbstbewertung nach EFQM. Erfahrungen mit den Kriterien des Europäischen Qualitätspreises. Das Krankenhaus 8/98, 450-456.

Jaster, H.J. (Hrsg.) (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme.

Pinter, E., Stürwold, H., Arnold, U., Plocek, M., Schramm, R., Sommer, H. et al. (1995): DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. ku-Special, 22-32.

Wittig. K.J. (1994): Qualitätsmanagement in der Praxis: DIN ISO 9000, Lean Production, Total Quality Management; Einführung eines QM-Systems im Unternehmen. Stuttgart: Teubner.

Qualitätssicherungssysteme in der Verbundforschung

Burbach, M. (1), Löschmann, C. (1), Bengel, J. (1), Jäckel, W.H. (2)

(1) Universität Freiburg, Psychologisches Institut, Abt. Rehabilitationspsychologie, Freiburg
(2) Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätssicherung und Sozialmedizin, Freiburg

Hintergrund

In den Rehabilitationswissenschaften wird seit 1998 mit der Förderung von acht Forschungsverbünden die Vernetzung wissenschaftlicher Zentren untereinander sowie mit der Rehabilitationspraxis verstärkt. Aufgabe der Verbünde ist die Untersuchung von aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen mit unmittelbarem Praxisbezug sowie der Ausbau rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsstrukturen. Aufgrund der vielschichtigen Vernetzung wird die Sicherung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität der Verbundforschung zu einem wichtigen Thema. Aktuelle Qualitätssicherungssysteme (QSS) in der Verbundforschung werden dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) gegenübergestellt und diskutiert. Zur Sicherung der Qualität der rehabilitationswissenschaftlichen Verbundforschung wird die Implementation eines QSS vorgeschlagen.

Methodik

Mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews wurden Koordinatoren von bereits abgeschlossenen Forschungsverbünden (BMBF-geförderte der letzten 10 Jahre) aus den Bereichen Medizin, Public Health/Gesundheitswissenschaften und Wirtschaft befragt. Die Experten sollten ihre Erfahrungen bezüglich der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen wiedergeben und die Zweckdienlichkeit dieser Strukturen zur Erreichung der Verbundziele ein-

schätzen. Weiterhin wurden die in den Verbünden berücksichtigten Qualitätsindikatoren für die Verbundforschung erfasst und ergänzend Fragen zur Struktur der Verbünde gestellt.

Ergebnisse

Die Befunde der Expertenbefragung sind nach den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert.

Strukturqualität: Ressourcen und Defizite

Als Ressource der Strukturqualität werden die hohe Partizipationsquote der Projektleiter am Verbundmanagement und innerhalb der projektübergreifenden Querschnittsvorhaben gesehen. Die Verankerung der Projektleiter und insbesondere der Projektmitarbeiter in den formalen Entscheidungsgremien ist nach der Aussage der befragten Experten dagegen unterrepräsentiert. Die Ausstattung der Verbünde wird von den Experten generell positiv bewertet, sie deckt jedoch nicht die gesamte Verbundarbeit ab. Arbeitsintensive Verbundphasen mussten in der Mehrzahl der befragten Verbünde durch andere Ressourcen abgedeckt werden. Insbesondere im Bereich Public Relations lassen Defizite bei der Ausstattung professionelles Arbeiten nicht im gewünschten Umfang zu.

Mehr als der Hälfte der befragten Verbünde verstärken die Verankerung ihrer Forschungsstruktur durch eine zusätzliche Integration von assoziierten Projekten.

Prozessqualität: Zieldefinitionen und ihre Operationalisierung

Die Definition und Kommunikation der Ziele der Forschungsverbünde begann bei der Mehrzahl der befragten Verbünde bereits vor dem jeweiligen Förderbeginn. Dieses Vorgehen sichert die Zielbindung der Verbundteilnehmer und damit letztendlich die Prozess- und Ergebnisqualität der Forschungsverbünde.

Die Organisation und Ausgestaltung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung beginnen bereits während der Ausarbeitung des Verbundantrags. Während der Initialphase der Verbünde nehmen Maßnahmen zur Schaffung einer organisatorischen Struktur sowie Aufbau von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen einen wesentlichen Teil der personellen Ressourcen in Anspruch. Methoden- und Antragsberatungen für Einzelprojekte, assoziierte Projekte und Folgeanträge werden als aufwendig beschrieben. Die Experten schätzen diese Aktivitäten jedoch hinsichtlich des Aufbaus einer Forschungsstruktur als effektiv und auch langfristig wirksam ein. Eine positive Bewertung erfahren auch praxisbezogene Workshops für die Verbundteilnehmer und Tagungen mit einem breiteren Rahmenangebot. In der zweiten Hälfte der Verbundförderung treten die langfristigen Ziele in den Vordergrund. Die nachhaltige strukturelle Verankerung des Verbundes in der Forschungslandschaft wird durch vermehrte Aktivitäten forciert. Häufiger genannt werden in diesem Zusammenhang die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit oder die Mitgliedschaft in einer Fachgesellschaft oder anderen nationalen und internationalen Gremien.

Ergebnisqualität: Effektivität konkreter Maßnahmen

Die Beurteilung von Effektivität und Effizienz einer qualitätssichernden Maßnahme ist für die Interviewpartner schwierig, da sie über kein oder nur ungenaues Datenmaterial verfügen. Kriterien zur Messung von Effektivität/Effizienz von Verbundaktivitäten sind nur in vier Verbünden als eigenständiges Konzept entwickelt worden. Qualitätsindikatoren wie practice impact, policy impact und science impact werden auch von anderen Verbünden in ähnlicher

Form übernommen. Neben der Quantität der Publikationen wird deren Qualität über den Science Citation Index ermittelt oder durch die Anzahl der Nennungen in anerkannten Fachzeitschriften näher bestimmt.

Diskussion

Die Befunde weisen darauf hin, dass sich der TQM-Ansatz (Döttinger et al., 1994) in den befragten Forschungsverbünden noch nicht in allen Belangen durchgesetzt hat. Es werden zwar eine Vielzahl von qualitätssichernden Aktivitäten in den Verbünden durchgeführt, ein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept (z.B. Einbeziehung aller Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement (QM), Bereitstellung von Ressourcen zur Sicherstellung des QM, interne und externe Kundenorientierung) ist in den befragten Verbünden nicht in vollem Umfang realisiert worden.

Es wäre deshalb zu prüfen, inwieweit außerhalb der Verbundforschung erprobte QSS auf den Kontext der Forschungsverbünde übertragen werden können. Das von der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelte umfassende TQM-Bewertungskonzept (Birner et al., 1997; Ellis, 1994) berücksichtigt zu gleichen Teilen die Prozessgestaltung der Leistungserbringung sowie die nachweisbaren Ergebnisse und kann auch als internes Selbstevaluationsverfahren durchgeführt werden. Es eignet sowohl für den Aufbau eines neuen TQM-Konzeptes als auch zur Überprüfung bereits implementierter TQM-Systeme.

Literatur

Birner, U., Eichler, A. et al. (1997): Klinikbewertungen nach dem Europäischen Modell für umfassendes Qualitätsmanagement. In U. Birner, E. Döhring & H. Schweisfurth (Hrsg.), Qualitätsmanagement und Interdisziplinarität in der pädiatrischen Rehabilitation (167-177) München: Profil-Verlag.

Döttinger, K., Klaiber, E. et al. (1994): Realisierung eines wirksamen Qualitätsmanagementsystems im Sinne des Total Quality Managements. In B. Strauss (Hrsg.), Qualitätsmanagement und Zertifizierung: von DIN ISO 9000 zum Total-Quality-Management (255-276). Wiesbaden: Gabler.

Ellis, V. (1994): Der European Quality Award. Managements. In B. Strauss (Hrsg.), Qualitätsmanagement und Zertifizierung: von DIN ISO 9000 zum Total-Quality-Management (277-302). Wiesbaden: Gabler.

Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm

Kaluscha, R., Jacobi, E.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Bad Wurzach

Aufgrund begrenzter und knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen werden Optimierung und Qualitätssicherung immer wichtigere Felder medizinischer Forschung. Auch und gerade die Rehabilitation muss immer wieder ihren Nutzen unter Beweis stellen. Hier wäre ein „Rehabilitationsregister" eine große Hilfe, das es erlaubt, schnell und einfach Untersuchungen und „data mining" an (großen) Datenpools durchzuführen.

Obwohl bei Kliniken und Kostenträgern große Mengen medizinischer Daten gespeichert sind, werden sie nur in geringem Umfang zu Forschungszwecken genutzt. Die wesentlichen Hemmnisse sind dabei Datenschutzaspekte sowie inkompatible Hard- und Software-Infrastrukturen.

Der rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Ulm hat daher ein Konzept entwikkelt, das die Zusammenarbeit von Kostenträgern, Kliniken und Forschungseinrichtungen durch eine gemeinsame Datenbasis, das sogenannte „Patientenkonto", ermöglicht.

Zielsetzung ist es, mit geringem Aufwand für alle Beteiligten Daten aus der täglichen Routine zu gewinnen und einer (wissenschaftlichen) Auswertung zuzuführen. Dabei muss auch dem Datenschutz große Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In den beteiligten Forschungseinrichtungen und Kliniken wird eine vom Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm entwickelte Software für die datenbankbasierte Arztbriefschreibung eingesetzt. Hier werden u.a. die Krankengeschichte und die Daten aus den Fragebögen des VDR (Blätter 1, 1a, 1b sowie Qualitätssicherung) als strukturierte Daten und Freitexte in einer relationalen Datenbank (Oracle) abgelegt (Flierl et al., 1999; Jacobi et al., 1999). Gegenüber einer auf Textverarbeitung basierenden Arztbriefschreibung ergeben sich insbesondere beim Management und Auswerten großer Datenbestände erhebliche Vorteile, da die Daten an einem definierten Ort in einem definierten Format vorliegen und eine Auswertung durch ein Datenbankmanagementsystem gegenüber einer Suche in Textdateien eine erheblich bessere Performance aufweist. Zusätzlich erlauben die Sicherheitsmechanismen eines Datenbankmanagementsystems eine differenzierte Zugangskontrolle und damit eine Lösung vieler Datenschutzprobleme. Diese Vorteile kommen sowohl der täglichen Routine in den Arztsekretariaten und Schreibbüros als auch der späteren Auswertung zugute.

Die Kliniken übertragen die Daten (u.a. zu Abrechnungszwecken) an die LVA Württemberg als Kostenträger. Die LVA Württemberg legt großen Wert auf eine ständige Kontrolle und Verbesserung der Ergebnisqualität und der Effektivität der durchgeführten Reha-Maßnahmen und führt regelmäßig diesbezügliche Auswertungen durch.

Nach einer Anonymisierung, in der alle personenidentifizierenden Merkmale (z.B. Name und Adresse des Patienten) ausgefiltert werden, gelangen die Daten auf den Server des Forschungsverbundes und stehen den Mitgliedern für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung. Jährlich wächst der Bestand so um ca. 20.000 Datensätze.

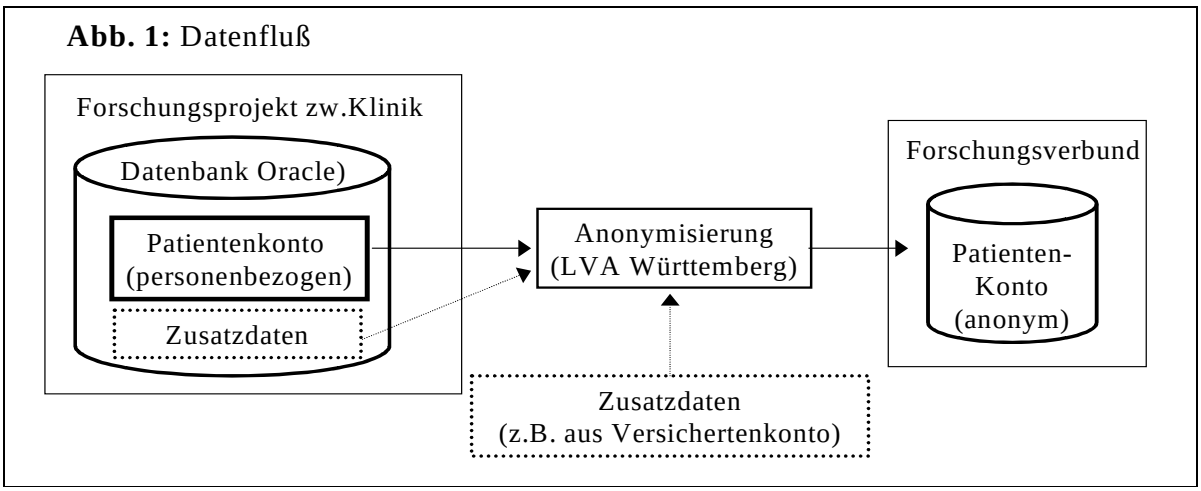
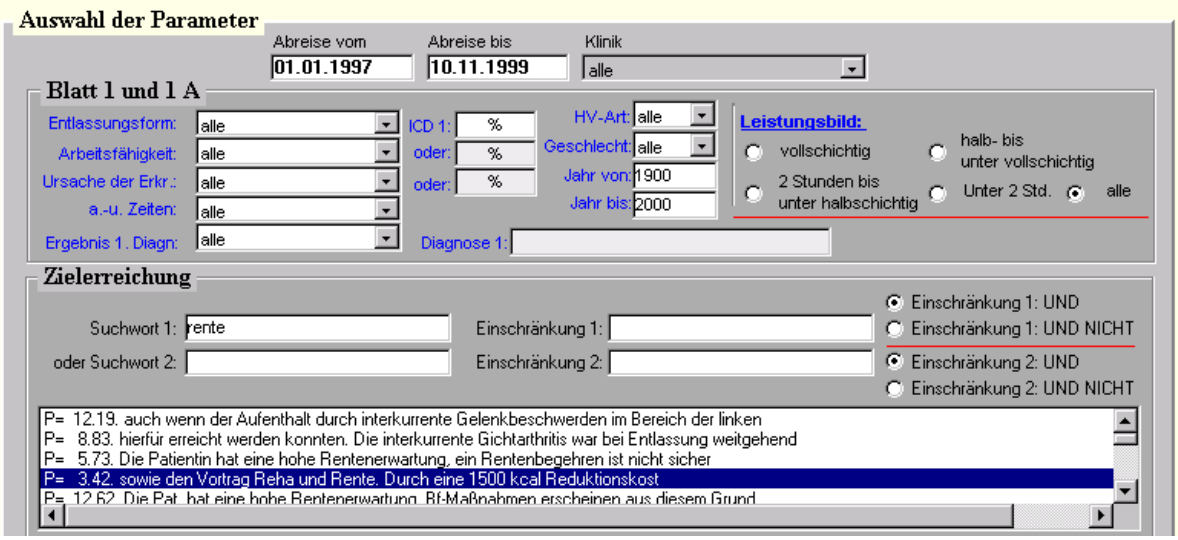


Abb. 1: Datenfluß

Über ein ISDN-basiertes Intranet können die Mitglieder diesen Datenpool in vielfältiger Weise nutzen. Suchkriterien können sowohl für die strukturierte Daten als auch für die Freitexte vorgegeben werden und miteinander kombiniert werden. So können sehr spezifische Patientenkollektive für eine Auswertung selektiert werden. Aufgrund der hohen Fallzahl im Datenpool verbleibt in der Regel auch bei spezifischen Anfragen ein für aussagekräftige Auswertungen hinreichend großes Patientenkollektiv, das den Kriterien genügt.



Literatur

Flierl, S., Jacobi, E., Alt, B. (1999): Ein klinisches Reharegister als Grundlage der Ergebnisqualität. DRV-Schriften, Band 12: 109-111.

Jacobi, E., Alt, B., Schulte, R.M. (1999): Datenbankorientierte Arztbriefschreibung als Grundlage der Ergebnisqualität in der Rehabilitationsmedizin, Rehabilitation, 38: 154-159.

Ein Theoriemodell der Rehabilitation

Gerdes, N., Zwingmann, Ch., Bührlen, B., Jäckel, W.H., Stier, R., Zwingmann, E.

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum, Freiburg

Die Rehabilitation ist in mehrfacher Hinsicht ein äußerst komplexes Gebilde. Die hohe Komplexität spiegelt sich u.a. in den verschiedenen Institutionen, die an der Einleitung, Prüfung und Steuerung von Rehabilitationsprozessen beteiligt sind, in der mehrdimensionalen Struktur der Rehabilitationsziele, der Vielfalt von ärztlichen und therapeutischen Professionen in der Durchführung der Maßnahmen, möglichen Zielkonflikten bei den beteiligten Akteuren, unterschiedlichen Phasen im Ablauf langfristiger Prozesse, missverständlichen Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zur Akutmedizin und zum Kurwesen etc. (Jäckel et al., 1996). Angesichts dieser Komplexität wäre ein theoretisches Modell hilfreich, das Wichtiges von Unwichtigerem trennt und einen übergreifenden Bezugsrahmen bereitstellt, an dem sich die verschiedenen Akteure im Rehabilitationsprozess orientieren können.

Eine praxisrelevante Theorie der Rehabilitation müsste deshalb

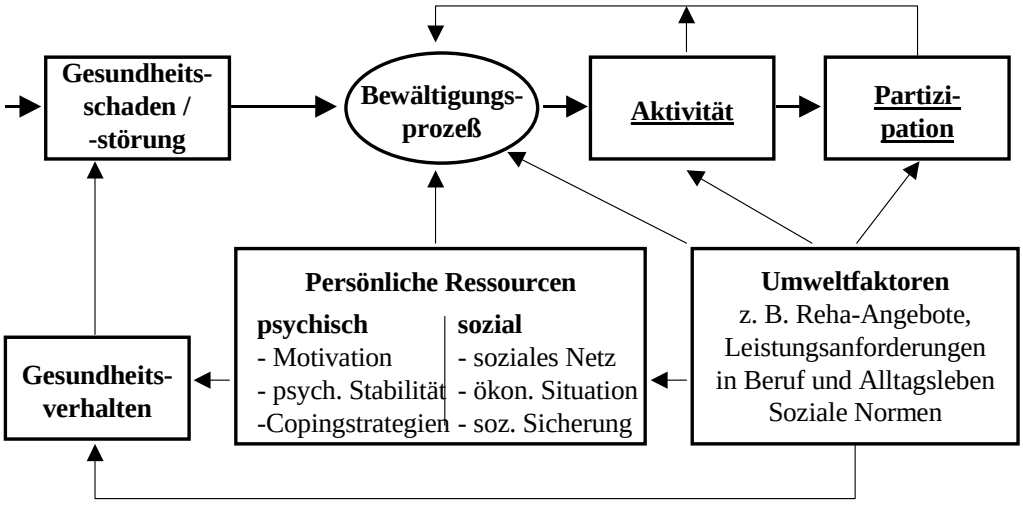
- die spezifische Aufgabenstellung der Rehabilitation definieren und ihre differentia specifica gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitsversorgungssystems – und hier vor allem gegenüber der Akutmedizin und dem „Kurwesen“ – sichtbar machen;
- die zentralen Dimensionen bestimmen, auf denen die Problemlagen der Patienten beschrieben und eine Definition der Rehabilitationsbedürftigkeit festgemacht werden können;
- Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen in der Rehabilitation tätigen Professionen erleichtern, indem eine professionsübergreifende gemeinsame „Sprache“ bereitgestellt wird, die eine Verständigung über die Fachgrenzen hinweg ermöglicht, ohne die professionsspezifischen Fachsprachen ersetzen zu wollen;
- eine Strukturierungshilfe für die Ausarbeitung von Rehabilitationskonzepten bereitstellen, die gewährleistet, dass in Anamnese, Diagnostik, Therapiezieldefinition, Therapie, Ergebnisbewertung und Nachsorge die gleiche Systematik befolgt werden kann;
- die Forschung auf Problemstellungen aufmerksam machen, denen ein hoher systematischer Stellenwert zukommt, die aber in Theorie und Praxis der Rehabilitation bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Tragfähige Bausteine zu einer solchen Theorie wurden in der International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH, WHO 1980) bereitgestellt, in der die traditionelle medizinische Perspektive erstmals systematisch um die Aspekte der Krankheitsfolgen mit ihren Auswirkungen auf Funktionsfähigkeit und soziale Integration erweitert und damit auf ein spezifisches Aufgabenfeld der Rehabilitation ausgedehnt wurde. Schwächen dieses Modells bestanden u.a. in der quasi-mechanischen Verknüpfung zwischen den ein-

zelnen Komponenten, die suggerierte, bestimmte impairments führten zwangsläufig zu bestimmten disabilities und handicaps. Offensichtlich fehlten hier zusätzliche Komponenten, die erklären konnten, weshalb beispielsweise von zwei Patienten mit einem medizinisch vergleichbaren Herzinfarkt der eine nach einigen Monaten wieder voll berufstätig, der andere dagegen frühberentet war.

Solche Schwächen sind in der kürzlich überarbeiteten Version der ICIDH-2 teilweise beseitigt worden, indem – neben einer positiven Fassung der zentralen Begriffe (activities statt disabilities und participation statt handicaps) – mit personal und environmental factors zwei neue Komponenten eingeführt wurden, die im Prinzip erklären können, weshalb es bei gleichen Gesundheitsschäden zu unterschiedlichen Krankheitsfolgen kommen kann (WHO 1997, 1998). Unseres Erachtens sind jedoch die theoretischen Beziehungen zwischen den Einzelkomponenten und vor allem die Rolle der personal factors immer noch unklar, und es dürfte kein Zufall sein, dass die personal factors theoretisch nicht verankert sind und auch nicht weiter aufgeschlüsselt wurden.

Wir schlagen deshalb – unter weitgehender Verwendung der Begriffe aus der ICIDH-2 – ein Theoriemodell vor, das den Bewältigungsprozess als zentrale „Schaltstelle“ zwischen Gesundheitsschaden und Krankheitsfolgen einführt. Da Bewältigungsprozesse vor allem aus den persönlichen psychischen und sozialen Ressourcen der Betroffenen gespeist werden, sind damit gleichzeitig die personal factors mit einem Stellenwert, der ihrer Bedeutung entspricht, theoretisch verankert. In engem Zusammmenhang damit wurde die Komponente des Gesundheitsverhaltens zusätzlich in das Modell aufgenommen, weil es bei vielen Krankheitsbildern einen wichtigen Ansatzpunkt für rehabilitative Maßnahmen darstellt und häufig die einige Möglichkeit bietet, den Gesundheitsschaden selbst positiv zu beeinflussen (tertiäre Prävention). Schematisch lässt sich unser Vorschlag folgendermaßen zusammenfassen:



Der Vortrag erläutert das Schema und zeigt, in welcher Weise es den eingangs skizzierten Aufgaben eines praxisrelevanten Theoriemodells genügt.

Literatur

Jäckel, W.H., Bengel, J. (Hrsg) (1996): Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. Antrag gemäß der öffentlichen Ausschreibung zur Förderung der rehabilita-

tionswissenschaftlichen Forschung in Deutschland. Unveröffentlichtes Manuskript, Freiburg/Bad Säckingen.
WHO (1980): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. World Health Organization, Genf.
WHO (1997): International Classification of Impairments, Activities, and Participation. Beta-1 Draft for Field Trials, World Health Organization, Genf (www.who.ch/icidh).
WHO (1998): Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation. Beta-1 Entwurf zur Erprobung. Deutschsprachiger Entwurf. (www.ifrr.vdr.de).

Verständigungsorientiertes und erfolgsorientiertes Management in der Rehabilitation

Brennecke, R.

Institut für Soziale Medizin der Freien Universität, Berlin

Im Rahmen der Reha-Systemforschung sind Steuerungsprozesse ein wichtiger Gegenstand der wissenschaftlichen Arbeiten. So haben Weis und Koch (1998) gefordert, dass beispielsweise die Steuerung der Therapie über die Diagnostik, die Zuweisungssteuerung über differentielle Indikationskriterien, die Steuerungsmöglichkeiten von medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen oder die Steuerung von Angebot und Nachfrage der Rehabilitation Gegenstand der Forschung sein sollten. Mehrere Projekte der Reha-Forschungsverbünde haben diese Defizite aufgegriffen und befassen sich explizit oder implizit mit der Untersuchung von Steuerungselementen oder –parametern (Neubauer, 1998; Bullinger et al., 1998; Badura, 1998).

In der Ökonomie werden Steuerungsprozesse unterschiedlich eingeordnet: in die Systemtheorie, in betriebswirtschaftliche Theorien zur Planung, zum Controlling und zum Rechnungswesen oder in die Managementtheorie. Letztere stellt einen brauchbaren Ansatz dar, solche Prozesse im Sinn der Zielerreichung theoretisch und praktisch zu systematisieren.

In dem Beitrag werden zwei Ansätze der Managementtheorie, das verständigungsorientierte Handeln und das erfolgsorientierte Handeln in ihren Grundzügen vorgestellt. Beide hängen eng miteinander zusammen und lassen sich nicht ausschließlich anwenden. Analysiert man jedoch primäre Handlungsoptionen in den unterschiedlichen Ebenen des Reha-Systems, so zeigt sich, dass auf der gesetzgeberischen Ebene und bei den intermediären Organisationen (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung) eher verständigungsorientiertes Handeln notwendig ist, während Kliniken und Patienten primär erfolgsorientiert handeln.

Dem erfolgsorientierten Ansatz liegt –„vereinfacht“- der klassische Kreislauf des Managements zugrunde: Planung, Organisation, Koordination und Controlling mit anschließender Revision der Planung. Steuerungsinstrumente können hier Qualitätskriterien (z.B. die Qualitätssicherung der Rentenversicherung) oder Erfolgskriterien wie das Erreichen der Reha-Ziele, die Patientenzufriedenheit usw. sein. Dagegen orientiert sich der verständigungsorientierte Ansatz stärker an Verhandlungen, Kompromissen sowie Gegebenheiten der Macht (z.B. Koalition in der Regierung oder die Zusammensetzung der Vertreterversammlung) in

bezug auf Gesetze, Verordnungen, Informationen und ethische Gegebenheiten. Hier können Handlungen ex ante oder ex post erfolgen und haben dadurch unterschiedliche Auswirkungen auf ein nachfolgendes erfolgsorientiertes Management.

Als Konsequenz müssen Steuerungsprozesse und -instrumente aus der Perspektive beider Ansätze (mit jeweils unterschiedlichem Schwerpunkt) entwickelt werden. Dies bedeutet zum Beispiel, für unterschiedliche Ergebnisse des verständigungsorientierten Managements auch unterschiedliche Settings für das Controlling vorzusehen et vice versa.

Literatur

Badura, B. (1998): Systemforschung in der medizinischen Rehabilitation: Eine Analyse von Versorgungsabläufen und ihrer Steuerung. In: DLR-Projektträger des BMBF, Deutsche Rentenversicherung (1998): Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde, 109.

Bullinger, M., Kohlmann, T. (1998): Patientennahe Evaluation in der Rehabilitation: Eine Studie zur projektübergreifenden Standardisierung und Analyse von Prognose- und Outcome-Kriterien. In: DLR-Projektträger des BMBF, Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde, 83.

Neubauer, G. (1998): Entwicklung der Grundlagen für eine fallbezogene Vergütung der Rehabilitationsleistungen. In: DLR-Projektträger des BMBF, Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde, 53.

Weis, J., Koch, U. (1998): Forschung in der Rehabilitation. In: H. Delbrück, E. Haupt (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 2. überarb. Aufl., 150-164.

Ein allgemeines Modell der Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation

Mans, E.J.

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach

Hintergrund

Das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen bei der Rehabilitationsbehandlung ist ein grundlegendes Qualitätsmerkmal der medizinischen Rehabilitation. Während diese Art der Gestaltung der Rehabilitationsmaßnahme als allgemeine Forderung akzeptiert ist, steckt die Ausarbeitung einer der medizinischen Rehabilitation angemessenen Konzeption der multiprofessionellen Kooperation noch in den Anfängen. Zwar führen wissenschaftliche Übersichten eine Reihe möglicher Kooperationsmodelle an (Wöhrl 1988, King et al. 1993, Winter 1995, Vogel 1998), doch fehlt eine übergreifende Konzeption der Teamarbeit, die sich an Grundprinzipien der medizinischen Rehabilitation orientiert. In gleicher Weise finden sich in der klinischen Praxis eine Mehrzahl heterogener berufsgruppenübergreifender Interaktionsformen, die pragmatisch spezifischen Gegebenheiten zu entsprechen versuchen.

Fragestellung

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Aufgabe, eine übergreifende Konzeption der Zusammenarbeit der Berufsgruppen in der Rehabilitationsbehandlung zu entwickeln, die auf der

Basis der konzeptionellen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation ein allgemeines Modell der multiprofessionellen Kooperation für den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitation enthält, vorhandene multiprofessionelle Interaktionsformen integriert, indikationsspezifische Modifikationen vorsieht, behandlungsfunktionale und institutionsbezogene Differenzierungen ermöglicht und dynamisch auf den rehabilitativen Behandlungsprozess bezogen ist.

Allgemeines Modell der Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitationsbehandlung

Interdisziplinäres Basismodell

Die Grundstruktur des Modells der Kooperation der Berufsgruppen in der Behandlung wird durch die konzeptionellen Vorgaben der medizinischen Rehabilitation bestimmt. Dazu gehören in erster Linie der ganzheitliche, personale, finale und individuelle Rehabilitationsbegriff, der die gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation im Sozialgesetzbuch prägt, das bio-psycho-soziale Krankheits- und Behandlungsmodell der modernen integrativen Medizin, die Theorie der gesundheitlichen Integrität und der Rehabilitationsnotwendigkeiten der ICIDH-2 der WHO (Schuntermann 1998) und das Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1996). Für die behandlungsbezogene Zusammenarbeit der Berufsgruppen ergibt sich daraus notwendigerweise eine interdisziplinäre Kooperations-, Kommunikations- und Organisationsstruktur. Als allgemeines Basismodell der Zusammenarbeit muss deshalb die interdisziplinäre Teamarbeit für den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitation gelten. Charakteristikum dieses Modells ist, dass grundsätzlich jeweils mindestens eine Berufsgruppe aus jeder der drei Dimensionen des Biologisch-Organischen, Psychischen und Sozialen von Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Rehabilitation im Team vertreten sein muss. Je nach indikationsspezifischen Notwendigkeiten können dieses unterschiedliche Berufsgruppen sein und einzelne Dimensionen von mehreren Professionen repräsentiert werden. Dieses Basismodell legt übergreifend die kooperative Grundstruktur der gesamten Rehabilitationsbehandlung fest. In diesem Modell arbeiten alle Teammitglieder prinzipiell gleichwertig und gleichberechtigt. Es gibt eine Organisationsstruktur der Kooperation und geregelte Interaktions- und Kommunikationsprozesse innerhalb dieses Basisteams.

Prozessbezogene Erweiterung

Dieses Basismodell der interdisziplinären Kooperation ist zunächst statisch und entspricht – mit einigen Einschränkungen – anderweitig vorgelegten Konzeptionen mit begrenztem Anwendungsbereich. Um die angestrebte Allgemeingültigkeit für die gesamte medizinische Rehabilitation zu erreichen und gleichzeitig indikations- und funktionsspezifische Differenzierungen zu ermöglichen, muss es auf die Prozessstruktur der Rehabilitationsbehandlung bezogen werden. Die Vollständigkeit des dreidimensionalen rehabilitativen Ansatzes und damit die Arbeit eines interdisziplinären Teams ist in jedem Fall in der initialen Phase der Diagnostik und Behandlungsplanung, der zwischenzeitlichen Behandlungskontrolle und im allgemeinen auch bei der abschließenden Behandlungsauswertung erforderlich. Bei allen diesen Prozesselementen ist die fachspezifische Kompetenz der Fachleute für die drei Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung unabdingbar, um die Qualität der Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten.

Behandlungsfunktionelle und indikationsspezifische Differenzierung

In dieses dynamische Prozessmodell der interdisziplinären Teamarbeit können nun andere Formen der Kooperation der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen eingegliedert werden, die für bestimmte Behandlungselemente oder –phasen oder auch für gesamte Behandlung eines Patienten günstig oder notwendig sind. Als solche berufsgruppenübergreifenden Kooperationsformen können professionszentrierte, multidisziplinäre oder transdisziplinäre Teamarbeit oder Mischformen von diesen eingesetzt werden, die sich in wesentlichen Charakteristika vom interdisziplinären Basismodell unterscheiden und für sich alleine den konzeptionellen Grundlagen der Rehabilitation nicht angemessen sind.

Ausblick

Das vorgestellte allgemeine Modell der multiprofessionellen Kooperation in der medizinischen Rehabilitationsbehandlung stellt eine Konzeption bereit, die den Grundforderungen in der Theorie wie den differenzierten Gegebenheit in der Praxis der Rehabilitation gerecht wird. Die notwendige Erarbeitung prozessbezogener bedingungsspezifischer Kooperationstypen im Rahmen interdisziplinärer Teamarbeit sollte auf dieser Grundlage in Angriff genommen werden.

Literatur

King, J.C., Titus, M.N.D. (1993): Prescriptions, referrals, and the rehabilitation team. In JA DeLisa (ed) Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott, 227-239.

Schuntermann, M.F. (1998): Die revidierte Fassung der internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps (ICIDH-2). In Delbrück, H., Haupt, E. (eds): Rehabilitationsmedizin. Ambulant – teilstationär – stationär. Müchen/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 2-17.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1996): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 10/11, 633-665.

Vogel, H. (1998): Berufsgruppen in der Rehabilitation. In Delbrück, H., Haupt, E. (eds: Rehabilitationsmedizin. Ambulant – teilstationär – stationär. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 117-131.

Winter, C. (1995): Berufsgruppenübergreifende Kooperation als Qualitätsmerkmal für die Prozesse in der stationären Rehabilitation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 29:8, 74-83.

Wöhrl, H.G. (1988): Berufsgruppen in der Rehabilitation. Funktionen und Kooperationsmodelle. In Koch, U., Lucius-Hoene, G., Stegie, R. (eds): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 212-249.

Eine Bewertung der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben als traditionelle Aufgabe der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Hansmeier, T. (1), Müller-Fahrnow, W. (1), Spyra, K. (1), Karoff, M. (2)

(1) Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität, Berlin,
(2) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Eine aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Fragestellung ist, ob die Rehabilitation unter den bereits heute veränderten und sich weiter verändernden makroökonomischen Rahmenbedingungen Gefahr läuft, ihrer Aufgabe der Sicherung der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben nicht mehr ausreichend gerecht werden zu können. Diesem Thema widmet sich der vorliegende Beitrag, in dem insbesondere das Problem der Partizipation in der Terminologie der ICIDH2, Neufassung der International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps (WHO, 1998) thematisiert wird. Es geht um eine Bewertung der Frage der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben - als traditioneller Aufgabe der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Dabei werden sowohl inhaltliche Aspekte der Partizipation als auch organisatorische Konsequenzen der anzustrebenden stärkeren Integration von medizinischen und erwerbsbezogenen Aufgaben der Rehabilitation diskutiert. Aufbauend auf einer Analyse der Partizipationsproblematik im Kontext der sozialrechtlichen, sozialpolitischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, werden modelltheoretisch Ansätze zur Lösung dieses Entwicklungsproblems aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht diskutiert. Darüber hinaus werden Modellansätze zum Teil durch praktische Beispiele empirisch unterlegt und rehabilitationswissenschaftliche Erwartungen und Forschungsperspektiven aufgezeigt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass nicht die mitunter als zu begrenzt unterstellten sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der Rehabilitation die Sicherstellung der Partizipation gefährden. Es lässt sich feststellen, dass die Anpassungen der die Rehabilitation mittelbar und unmittelbar betreffenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und Notwendigkeiten weder die Instrumente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation an sich, noch den konkreten Partizipationsauftrag der Rehabilitation in Frage stellen. Vielmehr werden insbesondere auch mit den bisherigen Überlegungen zum RRG ´99 Handlungsspielräume für konzeptionelle Weiterentwicklungen eröffnet, die dem Partizipationsanspruch Rechnung tragen. Unter diesen Bedingungen sind die verantwortlichen Akteure und insbesondere auch die Rehabilitationswissenschaften gefordert, die vorhandenen Instrumente v.a. auf ihre Zielorientierung und in bezug auf ihre Zugänglichkeit unter Bedarfsgesichtspunkten einer fundierten Evaluation zu unterziehen und neue Wege zu beschreiten, die auch dem Wandel der Arbeitswelt und der Arbeitsmarktbedingungen Rechnung tragen.

Dabei kommt es darauf an, den gesteckten Handlungsspielraum durch adäquate organisatorische und instrumentelle Ausgestaltungen umfassend zu nutzen und insbesondere auch auf die veränderten Anforderungen flexibel zu reagieren. Eine vorrangig auf Schäden (der Funktion und Struktur) oder Aktivität/Aktivitätsstörung ausgerichtete Rehabilitation, die in Zeiten einer hohen Arbeitskräftenachfrage eine hohe erwerbsbezogene Partizipation si-

cherstellen konnte, ist heute nicht mehr in der Lage, diesem Anspruch ausreichend gerecht zu werden. Es ist vielmehr zwingend erforderlich, die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten in ihrer gesamten Komplexität, d.h. insbesondere auch frühzeitig und durch integrierte Organisationsmodelle in die Rehabilitative Versorgung einzubeziehen.

Zur Absicherung der anstehenden Entscheidungen ist eine deutlich stärkere Ausrichtung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung auf die Zugangsregulation (Rehabilitationsbedürftigkeit unter medizinischen und erwerbsbezogenen Aspekten) und auf die Partizipationsproblematik in der Rehabilitation erforderlich. Diesbezüglich gilt es, die beispielhaft skizzierten Modellansätze zur betriebsnahen beruflichen Rehabilitation (GR, 1998) oder zur Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Karoff, 1998), die nach ersten Erkenntnissen zur Verbesserung der Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben beitragen, wissenschaftlich fundiert weiterzuentwickeln und neu zu konzipierende Ansätze, die den an unterschiedlichen Stellen (BAR, 1998) umfassend formulierten Erwartungen Rechnung tragen, evaluativ zu begleiten.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1998): Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode. Frankfurt am Main.

GR - Gesellschaft für Gesundheit und berufliche Rehabilitation (Hrsg.) (1998): Modellkonzeptionspapier zum „Modellversuch betriebliche Rehabilitation - Integrierte Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation".

Karoff, M. (1998): Optimierung der beruflichen Reintegration in der kardiologischen Rehabilitation durch Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1998. Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Berlin vom 2. bis 3. Februar 1998, Berlin, 54-71

Scott-Parker, S. (1998): Employers Forum on Disability. Unternehmer als Partner in der Rehabilitation. Plenarvortrag anlässlich der Arbeitstagung „Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben" der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR).

Weltgesundheitsorganisation - WHO (Hrsg.) (1998): ICIDH-2: Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation. Ein Handbuch der Dimensionen gesundheitlicher Integrität und Behinderung. Deutschsprachiger Entwurf, Juni 1998. Genf.

Angehörige im Rehabilitationsprozess - Determinanten supportiven Verhaltens[8]

Balck, F., Dinkel, A.

Universitätsklinikum Dresden, Medizinische Psychologie, Dresden

Die Forderung, Angehörige in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen ist verbunden mit der naheliegenden Annahme, dass dadurch ein positiver Effekt für die Rehabilitation erzielt werden sollte. Häufig stellt sich jedoch die Frage, wie eine direkte Beteiligung der Angehörigen, zum Beispiel nach einem Schädelhirntrauma (SHT), konkret aussehen kann. Im Bereich der Rehabilitation von SHT-Patienten liegen einige Arbeiten vor, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen (McKinlay et al., 1988). Charakteristisch für diese Überlegungen ist dabei der "Blick von außen", d.h. in den meisten Arbeiten wird überlegt, wie man die Angehörigen einbeziehen kann ohne zu bedenken, welche Vorstellungen auf Seiten der Angehörigen hinsichtlich Notwendigkeit, Art und Ausmaß der Beteiligung und Unterstützung im Rehabilitationsprozess bestehen. Beispielsweise fanden Quine et al. (1988), dass der wichtigste Faktor für die Dauer und das Ausmaß, in dem Angehörige aktiv als Co-Therapeuten im Rehabilitationsprozess von SHT-Patienten teilnahmen, ihre Überzeugung war, dass das Rehabilitationsprogramm erfolgreich sein würde - und somit auch ihr supportives Verhalten erfolgreich sein sollte. Die Autoren folgern, dass die Einstellung der Angehörigen ein wesentlicher Faktor für eine aktive Teilnahme darstellt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass es nicht ausreicht, Wirkeffekte supportiven Verhaltens zu untersuchen und implizit davon auszugehen, dass Unterstützung gewährt wird. Eine ebenso wichtige Frage ist die nach den Bedingungen, unter denen supportives Verhalten gezeigt wird. Innerhalb der Social Support-Forschung hat diese Perspektivenänderung vor einiger Zeit stattgefunden, was zu einer Ausdifferenzierung des Konstruktes soziale Unterstützung geführt hat. So lassen sich nach Pierce et al. (1996) drei Komponenten sozialer Unterstützung unterscheiden: supportive Transaktionen, supportive Beziehungen und "supportive Schemata" im Sinne interner Modelle, d.h. generelle Annahmen hinsichtlich des Unterstützungspotentials der Umwelt allgemein und bestimmter Beziehungen im besonderen. Interne Modelle sollten jedoch nicht nur auf Seiten des Empfängers sozialer Unterstützung bestehen, sondern auch auf Seiten der Person, die die Unterstützung leistet. Es sollten also Vorstellungen darüber existieren, ob eine Person, z.B. der Partner, überhaupt Unterstützung braucht, wobei er Hilfe benötigt und wie die Hilfe zu leisten ist, und dies vor dem Hintergrund der Kenntnis des Partners und der gesammelten Erfahrungen mit unterstützendem Verhalten bei dieser bestimmten Person.

Diese Frage nach dem internen Modell supportiven Verhaltens wird zur Zeit in einer Studie zur Bedeutung sozialer Faktoren im Rehabilitationsprozess von Patienten mit Hirnschädigung untersucht. Im Rahmen der Studie werden die Partner von SHT-Patienten und Patienten mit Subarachnoidalblutung (SAB) angesprochen und unter anderem danach befragt, welche Ziele sie mit ihrem supportiven Verhalten verbinden. Aufgrund der verhaltenssteu-

[8] Gefördert vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

ernden und verhaltensaufrechterhaltenden Funktion von Zielen sollte es im Verlauf des Adaptationsprozesses des Betroffenen z.B. von Bedeutung sein, inwieweit die Partner der Meinung sind, ihr Ziel erreicht zu haben. Um Ziele supportiven Verhaltens zu erfassen, wurde ein Card Sorting-Verfahren entwickelt. Dazu wurde zu den von Aymanns (1992) postulierten Funktionen und Subfunktionen supportiven Verhaltens sowie zu zwei zusätzlich postulierten (Einflussnahme auf den Genesungsprozess sowie Regulierung der eigenen Befindlichkeit) Items entwickelt, die ein Ziel supportiven Verhaltens anzeigen sollen. Die Partner werden gebeten, aus den Karten die zehn auszuwählen, die für sie am wichtigsten sind und diese in eine Rangreihe zu sortieren. Die ersten Ergebnisse zum Zeitpunkt T 1 deuten darauf hin, dass in der frühen Phase nach SHT und SAB die Partner vor allem das Ziel der Vermittlung partnerschaftlicher Bindungssicherheit verfolgen. Als eine Möglichkeit, dieses Ziel zu erreichen, wird von den Partnern - verständlicherweise - vor allem häufiger Kontakt und häufiges Besuchen des Betroffenen angegeben. In diesem Zusammenhang sei auf eine Studie von Shaw et al. (1997) hingewiesen, in der sich zeigte, dass uneingeschränkter Kontakt und häufiges Besuchen von Angehörigen als eine angemessene und wichtige Form der Teilnahme am Rehabilitationsprozess eingeschätzt wurde, womit sie sich signifikant von der Einschätzung der Therapeuten unterschieden, die diese Form der Partizipation weniger angemessen beurteilten - woraus sich eine potentielle Quelle für Konflikte ergibt.

Literatur

Aymanns, P. (1992): Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familiärer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung. Bern, Huber.

McKinlay, W.W., Hickox, A. (1988): How can families help in the rehabilitation of the head injured? Journal of Head Trauma Rehabilitation, 3, 64-72.

Pierce, G.R., Sarason, B.R., Sarason, I.G., Joseph, H.J., Henderson, C.A. (1996): Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Eds.), Handbook of social support and the family (pp. 3-23). New York, Plenum.

Quine, S., Pierce, J.P., Lyle, D.M. (1988): Relatives as lay-therapists for the severely head-injured. Brain Injury, 2, 139-149.

Shaw, L.R., Chan, F., Lam, C.S. (1997): Development and application of the Family Involvement Questionnaire in brain injury rehabilitation. Brain Injury, 11, 219-231.

Vergleich unterschiedlicher Systeme der sozialmedizinischen Begutachtung bei der Steuerung des Reha-Zugangs

Vogel, H. (1), Holderied, A. (2), Frank, S. (1), Schmidt, D. (3)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg,
(2) Landesversicherungsanstalt Unterfranken, Würzburg,
(3) Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

Problemstellung/Einleitung

Eine vieldiskutierte Schnittstelle im Rehabilitationssystem ist der Reha-Zugang. Sehr oft wird kritisiert, dass viele Reha-Bedürftige nicht in die Rehabilitation gelangen, während andererseits viele Rehabilitanden eigentlich nicht reha-bedürftig seien. Die Relevanz dieses Problems lässt sich mit den Ergebnissen vorliegender empirischer Studien unterlegen, die nicht selten von bis zu 25 % „Under-Usern" und etwa ebensovielen „Over-Usern" berichten (Barth et al., 1989; Brandt, 1989; Vogel et al., 1997).

In der sozialmedizinischen Prüfung der Reha-Bedürftigkeit werden bei den Rentenversicherungs-Trägern unterschiedliche Verfahren eingesetzt (A: Begutachtung aufgrund der Aktenlage, B: Untersuchungsbegutachtung im eigenen sozialmedizinischen Dienst und C: Untersuchungsbegutachtung durch beauftragte externe Gutachter), ohne dass bislang empirisch gesicherte Kenntnisse über deren Güte vorliegen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die unterschiedlichen Erhebungs- und Beurteilungsverfahren A, B und C hinsichtlich der Außenkriterien und in Bezug auf die Reha-Steuerung zu vergleichen.

Methode

Der Versuchsplan entspricht einer Validierungsstudie für ein selektives Diagnostik-Instrumentarium und wird im Sinne eines experimentellen Designs umgesetzt. Die Reha-Antragsteller werden nach der Begutachtung aufgrund der Aktenlage (Verfahren A) randomisiert einer der beiden Arten der Untersuchungsbegutachtung (Verfahren B oder C) zugewiesen. Deren Bewertung wird unabhängig vom Ergebnis der Erstbeurteilung (Verfahren A) vollzogen („doppelblind"). Die Begutachtungsergebnisse sollen mit den Außenkriterien Reha-Bedürftigkeit aus Sicht der Klinikärzte und aus Patientensicht sowie Reha-Erfolg verglichen werden. Die Patienten werden zu fünf Messzeitpunkten befragt (Reha-Antragstellung, Reha-Aufnahme, Reha-Ende sowie 3 und 12 Monate nach dem Reha-Aufenthalt). Die Einschätzung durch Klinikärzte (Reha-Bedürftigkeit und Reha-Erfolg) erfolgt zu Reha-Beginn und Reha-Ende.

Im Rahmen des vorliegenden ersten Studienabschnittes wurden 130 Versicherte erfasst. Einzuschließende Indikationsgruppen waren Erkrankungen der Bewegungs- und Haltungsorgane (ICD-9, Nr. 715 bis 719 und 721 bis 724) sowie Herz-Kreislauferkrankungen (ICD-9,

Nr. 393 bis 429). Als Ausschlußkriterien wurden u.a. „Anschlussheilbehandlungen“ und „Rentenantrag gestellt oder beabsichtigt“ definiert.

Zur Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Patientensicht wurde der IRES-Fragebogen Version 2.1 (Gerdes et al., 1995) eingesetzt, zur Erfassung des Untersuchungsobjektes (der sozialmedizinischen Entscheidungsprozedur zur Reha-Indikationsstellung) wurden spezielle Rating-Instrumente (Checklisten) entwickelt.

Die Rekrutierung der Probanden erfolgte durch Ziehung einer Zeitstichprobe der bei der Abteilung Sozialmedizin der LVA Oberbayern eingehenden Reha-Anträge. Die Teilnahmequote von 74 % aller einbezogenen Reha-Antragsteller spricht für eine hohe Kooperationsbereitschaft der Patienten.

Ergebnisse

Die Implementierung des vorgesehenen experimentellen Designs in der sozialmedizinischen Praxis der LVA erforderte ein hohes Maß an Abstimmung mit dem sozialmedizinischen Dienst und den vier kooperierenden Kliniken sowie eine sorgfältige Präzisierung der einzusetzenden Forschungsinstrumente.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es ein hohes Maß an Übereinstimmung hinsichtlich der Bewertungen bzw. Entscheidungsvorschläge (im Kontext der Reha-Begutachtung) zwischen Aktenbegutachtern und Untersuchungsbegutachtern gibt. Abweichungen zwischen den Begutachtungsformen können mit Unterschieden in der Erhebung spezieller Sachverhalte in Verbindung gebracht werden. Anhand der Checkliste der Begutachtungskriterien zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Aktenbegutachtern und Untersuchungsbegutachtern in der Bewertung von Funktionseinschränkungen, Risikofaktoren, Arbeitsunfähigkeitszeiten, der Bewertung der Erwerbsfähigkeitseinschränkung und der Reha-Prognose. Insgesamt liegen die Beurteilungen der Untersuchungsbegutachter näher an den IRES-Daten (Selbsteinschätzung der Patienten) als die der Aktenbegutachter.

Diskussion

Das erstmalige Anwenden eines experimentellen Designs auf den Reha-Zugang bei der Rentenversicherung eröffnet für die Schnittstelle „Reha-Zugang“ neue Möglichkeiten in bezug auf die Erfassung der Reha-Bedürftigkeit, Transparenz und Harmonisierung des Entscheidungsprozesses sowie die Entwicklung von Leitlinien.

Literaturhinweise

Barth, M., Koch, U., Hoffmann-Markwald, A., Wittmann, W.W., Potreck-Rose, F. (1989): Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung, Heft 8-9, 514-529.

Brandt, C. (1989): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Rehabilitation, 28, 67-73.

Gerdes, N., Jäckel, W. H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation, 34, XIII-XXIV.

Vogel, H.; Petermann, F.; Schillegger, P.; Schmidt, S., Seger, W. (1997): Einstellungen niedergelassener Ärzte zur Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Die Rehabilitation, 36 (2), 96-105.

Praktikabilität eines modularen Tests zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (TELE) bei Patienten mit einer chronischen Polyarthritis im Gesamtkonzept einer ressourcenorientierten medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Dirschauer, B., Ehlebracht-König, I., Mau, W., v. Pezold, E.

Rehazentrum Eilsen der LVA Hannover, Innere Klinik, Bad Eilsen

Hintergrund

Ziel einer stationären Rehabilitation bei chronisch-entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist die frühzeitige Erfassung der aktuellen Ressourcen des Rehabilitanden auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene und die davon abgeleitete Weichenstellung für entsprechend focussierte Maßnahmen.

Aus standardisierten Beobachtungen abgeleitete Fähigkeitsprofile als Hilfestellung für die weitere Rehabilitation gibt es in der Literatur ausreichend (Meenan, 1982; Jochheim, 1987; Isernhagen, 1988; Meinhart, 1991; Greve et al., 1997). Die Umsetzung dieser Testverfahren im Alltag einer Rehabilitationsklinik ist nicht immer einfach. Es soll gezeigt werden, wie der vom Autor entwickelte Test zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit (TELE) (Mau et al., 1997) für die modulare Erfassung von somatischen, erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeitsreserven dienen kann.

Methodik

Als Tracererkrankung für entzündlich-rheumatische Erkrankungen mit frühzeitiger Einschränkung der o.g. Ressourcen wurde die chronische Polyarthritis ausgewählt. Der TELE wurde im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ab 09/99 routinemäßig in das Behandlungskonzept integriert. Bisher liegen Erfahrungen mit 50 Rehabilitanden mit einer nach den ARA 97 gesicherten Kriterien für eine chronische Polyarthritis vor (Alter 49, ± 9, Krankheitsdauer 4,7 Jahre ± 4, AU vor Reha-Antritt 52 %). Die Ergebnisse des Tests wurden systematisch erfasst, es erfolgten Interviews sowie differenzierte Darstellungen der modularen Testergebnisse. Alle Testergebnisse standen den Ärzten für die Abfassung des Leistungsbildes im Reha-Entlassungsbericht zur Verfügung. Von 67 % der Rehabilitanden lag für die Selbsteinschätzung der Rehabedürftigkeit zusätzlich der IRES Fragebogen vor Rehabilitationsbeginn vor.

Ergebnisse

Die Bereitschaft zur Durchführung des Tests war mit über 90 % hoch. Die alltägliche Praktikabilität ist mit Vor- und Nachbesprechung sowie der Testdurchführung mit einem durchschnittlichem Zeitaufwand von 60 Minuten gut. Aufgrund des modularen Aufbaus ist eine differenzierte, abgestufte Beurteilung der Leistungsreserven in den Bereichen Fortbewegung, Mobilität der oberen Extremitäten und Kraft sowie eine weitere genaue Bereichsanalyse möglich. Das Testergebnis lag zur abschließenden ärztlichen Gesamtbeurteilung des Leistungsvermögens am Ende der Rehabilitationsmaßnahme vor und wurde insbesondere zur konkreten Ausformulierung der Leistungsreserven als unterstützend empfunden.

Diskussion

Der TELE kann als praktikabler Beitrag zur aktuellen Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit insbesondere zur schnellen Fokussierung therapeutischer Gesichtspunkte sowie zur Unterstützung der Erstellung eines somatischen Leistungsprofiles hinsichtlich der Vernetzung bezüglich der Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll sein. Die Durchführung einer berufsorientierten Maßnahme (im kooperierenden Berufsförderungswerk Bad Pyrmont) im Rahmen einer um 4 Tage verlängerten medizinischen Rehabilitation erlaubt eine erste praktische Umsetzung des erstellten Fähigkeitsprofiles in ausgewählte berufliche Bereiche.

Ausblick

Zu überprüfen ist eine Ausweitung der Anwendung des TELE insbesondere bezogen auf polypartikuläre Erkrankungsbilder sowie die Überprüfung der Änderungssensitivität.

Literatur

Isernhagen, S.J. (1988): Functional capacity evaluation; Management and prevention, Gainsburg-Aspen, 139-167.

Jochheim, K.A., Schian, H.M. (1989): The Ertomis assessment method (EAM) Thieme, Rehabilitation 30, 14-17.

Mau, W., Dirschauer, B. (1997): TELE, Test zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei Patienten mit einer chronischen Polyarthritis, 7. Reha.wiss. Kolloquium.

Meenan, R.F. (1982): The Aims approach to health status measurement; Journal of rheumatology, 9, 5.

Meinhart, P., Hellmann, J. (1991): Fähigkeits- und Anforderungsprofile von Rheumatikern, Grundlage der Beurteilung der Tauglichkeit als interdisziplinäre Aufgabe der beruflichen Rehabilitation.

Prognose der Erwerbsfähigkeit 1-2 Jahre nach der Rehabilitation anhand eines statistischen Regressionsmodells

(1) Rösch, M., (2) Muche, R., (3) Schulte, R.M., (1) Jacobi, E., (2) Gaus, W.

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität, Ulm, (2) Abteilung Biometrie und Medizinische Dokumentation, Universität, Ulm, (3) Landesversicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart

Einleitung

Für eine effiziente Rehabilitation ist es elementar, diejenigen Patienten möglichst früh erkennen zu können, die mit großer Wahrscheinlichkeit auch langfristig erwerbsfähig bleiben. Im Rahmen eines Pilotprojektes (Muche et al., 1999) konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe eines statistischen Prognosemodells, welches auf routinemäßig, während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme erhobenen Befunden beruht, eine einigermaßen sichere Vorhersage getroffen werden kann, ob die Patienten arbeitsfähig aus der Reha entlassen werden oder nicht (Kurzzeitprognose).

Ziel

Jetzt wurde untersucht, wie gut mit diesem Modell auch eine längerfristige Erwerbsfähigkeit prognostiziert werden kann und ob andere Merkmale aus dem zur Verfügung stehenden Datenbestand eine höhere Wertigkeit für die Langzeitprognose besitzen (Langzeitprognose).

Daten und Methodik

Um das Modell zu erproben wurde für jeden Patienten (n=854) aus den Befunden, die während der Rehamaßnahme angefallen sind, die Prognose errechnet und mit den seither eingetretenen Berentungen aus dem Versichertenkonto der LVA Württemberg verglichen. So konnten aktuelle Informationen zur Rentenantragstellung, Rentenbewilligung oder –ablehnung gewonnen werden.

Die Prognosemerkmale stammen aus den Routinedaten der Rehabilitationsklinik Bad Wurzach, die in einer ORACLE Datenbank, dem sogenannten „Patientenkonto“ (Flierl et al., 1999) abgelegt werden. Die Datenbank enthält die administrativen und medizinischen Daten in strukturierter Form.

Mit dem vorliegenden Prognosemodell wird für jeden Patienten die Wahrscheinlichkeit der Erwerbsfähigkeit berechnet und diese Vorhersage mit den entsprechenden Daten der LVA verglichen. Somit lassen sich u.a. Sensitivität und Spezifität der Vorhersage des Prognosemodells bestimmen. Parallel wird der aufwendige Modellierungsprozess mit der Zielgröße „Erwerbsfähigkeit 1-2 Jahre nach der Rehabilitation“ wiederholt (Muche et al., 1999). Anhand der so identifizierten Merkmale werden die beiden Prognosemodelle verglichen. Als Grundlage der Modellierung dient das multiple logistische Regressionsmodell (Hosmer et al., 1989) mit entsprechenden Variablenselektionsverfahren (Muche, 1995).

Mögliche Ergebnisse

Durch das entwickelte Vorhersagemodell zur Kurzzeitprognose ließen sich eine Sensitivität von ca. 70 % und eine Spezifität von ca. 80 % erreichen [1,3]. Erwartet wird eine etwas niedrigere Prognosefähigkeit dieses Modells für die Zielgröße Erwerbsfähigkeit 1-2 Jahre nach der Reha. Eine Neuentwicklung des Prognosemodells mit dann optimierten Prognosemerkmalen (Langzeitprognosemodell) wird aber anschließend möglicherweise zu höheren Werten führen.

Literatur

Flierl, S., Jacobi, E., Alt, B. (1999): Ein klinisches Reharegister als Grundlage der Ergebnisqualität. DRV-Schriften Band 12, 109-110.

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (1989): Applied logistic regression. J. Wiley & Sons, New York.

Muche, R. (1995): Variablenselektion in Kohortenstudien. Dissertation, Universität Ulm.

Muche, R., Rösch, M., Alt, B., Gaus, W., Jacobi, E. (1999): Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. DRV-Schriften Band 12, 111-113.

Muche, R., Rösch, M., Flierl, S., Alt, B., Jacobi, E., Gaus, W. (2000): Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. Eingereicht bei Rehabilitation.

Zusammenhang zwischen selbstberichteten Krankheiten und Rehabilitationserfahrung, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit in einer postalischen Befragung von LVA-Versicherten

Matthis, C. (1), Héon-Klin, V. (1), Glaser-Möller, N. (2), Raspe, A. (1), Raspe, H. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität, Lübeck, (2) Referat Forschung der LVA Schleswig-Holstein, Lübeck

Hintergrund

Ziel dieser Studie des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung (Förderkennzeichen 01 1056 96 07) ist es, den epidemiologischen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und die subjektiven Bedürfnisse der Versicherten unabhängig vom Antragsverhalten zu erfassen sowie die tatsächlich geleistete rehabilitative Versorgung zu dokumentieren. Es werden fünf Zielerkrankungen berücksichtigt: Dorsopathien (ICD 9 721-724), Diabetes mellitus (Dm, ICD 9 250), chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD, ICD 9 49), koronare Herzkrankheit (KHK, ICD 9 410-414) und funktionelle Syndrome der Inneren Medizin (FSIM, ICD 9 306).

Methodik, Studiendesign

Es handelt sich um eine prospektiv-beobachtende Kohortenstudie von 10000 LVA-Versicherten. Personen, bei denen anhand einer postalischen Befragung Hinweise auf eine der Zielerkrankungen bestehen, werden zu einem standardisierten Interview und einer ärztlichen Untersuchung eingeladen. Im Laufe von 3 Jahren sind 2 Querschnittsuntersuchungen vorgesehen, deren erste (1999/2000) sich auf schwere Rückenschmerzen und FSIM konzentriert. Rückenschmerzen werden als „schwer" eingestuft, wenn die Schmerzintensität auf einer numerischen Ratingskala von 1 bis 10 mit mindestens 5 angegeben wird und auf einer ADL-Liste (Funktionsfragebogen Hannover Rücken) weniger als 70 % der möglichen Punkte erreicht werden. Als Hinweis auf FSIM wird ein erhöhter Score der Somatisierungsskala des SCL90-R gewertet (>Mittelwert + 2 SD). Im folgenden werden erste Ergebnisse der postalischen Befragung einer Teilstichprobe von 2000 Personen berichtet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote erreichte 59 %. Die Zielerkrankungen (Dm, COPD, KHK: jemals ärztlich diagnostiziert=ja; schwere Rückenschmerzen, FSIM: s.o.) wurden mit folgenden Häufigkeiten angegeben (Doppelnennungen möglich): 18 % schwere Rückenschmerzen, 3,6 % Diabetes mellitus, 14,7 % chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, 3,3 % koronare Herzkrankheit und 22,5 % Hinweise auf FSIM. 51 % der befragten Männer und Frauen gaben an, sich subjektiv rehabilitationsbedürftig zu fühlen; rund 35 % berichteten, schon einmal an einer Rehabilitation teilgenommen zu haben; 22 % gaben Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten von mehr als 6 Wochen an, und 6,9 % waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos.

Da sich zeigte, dass schwere Rückenschmerzen häufig mit hohen Werten der Somatisierungsskala einhergehen und umgekehrt (64 % bzw. 52 %), wurde für die Auswertungen folgende Gruppeneinteilung gewählt: Gruppe 1= Personen mit schweren Rückenschmerzen

ohne FSIM, Gruppe 2: Personen mit FSIM ohne schwere Rückenschmerzen, Gruppe 3: Personen mit schweren Rückenschmerzen und FSIM.

In Modellen der logistischen Regression (getrennte Modelle für Männer und Frauen) wurden die Assoziationen zwischen allen Zielerkrankungen (Prädiktor) und subjektiver Rehabedürftigkeit (abhängige Variable) analysiert. Bei Männern erwiesen sich die Zugehörigkeit zu Gruppe 3 und 1 als stärkste Prädiktoren einer subjektiven Rehabedürftigkeit (Odds Ratio [OR] 22,6 bzw. 12,0), gefolgt von der Zugehörigkeit zur Gruppe 2 (OR=4,0) und COPD (OR=2,0). Die Ergebnisse für KHK (OR=1,7) und Diabetes (OR=1,15) erlangten - zu berücksichtigen ist die geringere Fallzahl - keine statistische Signifikanz. Bei den Frauen ergab sich statistische Signifikanz nur für das Vorliegen schwerer Rückenschmerzen und hoher Somatisierungsscores (Gruppe 1: OR=3,4, Gruppe 2: OR=5,5, Gruppe 3: OR=11,6). Die übrigen ORs betrugen: Dm=3,7; COPD=1,9; KHK=0,7. Ähnlich gerichtete Ergebnisse, allerdings auf niedrigerem Niveau, ergaben sich für die abhängigen Variablen „bisherige Teilnahme an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen" und „Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 6 Wochen innerhalb der letzten 12 Monate". Arbeitslosigkeit war bei Männern signifikant mit KHK (OR=4,5) und COPD (OR=2,3) verbunden, bei Frauen mit der Zugehörigkeit zu Gruppe 3 (OR=4,18).

Diskussion

Die Graduierung von Rückenschmerzen anhand von Schmerzintensität und ADL-Liste ist eine gängige Methode zur Klassifizierung chronischer und behindernder Rückenschmerzen. Durch die Kombination mit der Somatisierungsskala des SCL90-R, die unter anderem Items zu neurologischen Ausfallerscheinungen enthält, scheint eine Untergruppe besonders und chronisch belasteter Personen identifiziert zu werden. Diese Belastungen beinhalten offenbar ein hohes Risiko für langandauernde Arbeitsunfähigkeit, eine hohe Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen sowie ein ausgeprägtes subjektives Rehabilitationsbedürfnis. Die Zusammenhänge sind für Männer stärker ausgeprägt als für Frauen. Es stellt sich die Frage, ob Prädiktoren für die Entwicklung dieses Chronifizierungsstadiums existieren. Dies würde frühzeitige Interventionen ermöglichen.

Literatur

Biefang, S., Potthoff, P., Meschenmoser, E.M. (1992): Screening zur Ermittlung Rehabilitationsbedürftiger Arbeiter. Soz. Präventivmed. 37, 284-292.

Kohlmann, T., Raspe, H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Rehabilitation; 35, I-VIII.

Rische, H., Löffler, H.E. (1998): Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme - Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. DAng-Vers 10/98, 394-404.

Weber, A., Raspe, H. (1998): Langzeitarbeitsunfähigkeit und Wiederaufnahme der Arbeit. Deutsche Rentenversicherung, 9-10, 679-690.

Sozialmedizinische Problemlagen in ambulanten und stationären orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer bundesweiten multizentrischen Studie

Bürger, W., Dietsche, S., Mathiszig, S., Morfeld, M., Koch, U.

Arbeitsgruppe Reha-Forschung, Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

In der Bundesrepublik Deutschland befindet sich der Ausbau eines ambulanten rehabilitativen Versorgungssystems noch im Entwicklungsstadium. Bislang gibt es kaum Erfahrungen, welche Patienten optimalerweise in welcher rehabilitativen Versorgungsform behandelt werden sollen. Insbesondere auch zur Frage, welche sozialmedizinischen Problemlagen gegenwärtig in den unterschiedlichen Versorgungsformen auftreten und welche Erfordernisse sich hieraus für die Behandlungskonzeptionen ergeben, ist kaum etwas bekannt.

Methodik

Der Beitrag stellt Ergebnisse einer laufenden multizentrischen Längsschnittstudie vor, die im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungsvereinbarung von Renten- und Krankenversicherung durchgeführt wird und einen evaluativen Vergleich unterschiedlicher rehabilitativer Angebotsformen im Indikationsbereich Orthopädie vorsieht. Es wurden Daten von über 1000 Patienten in ambulanter/teilstationärer Rehabilitation und stationärer Rehabilitation zu Beginn und am Ende der Rehabilitation erhoben. Mithilfe von standardisierten Fragebogenverfahren wurden umfassende Daten zur Berufssituation, zu sozialmedizinischen Problemlagen, zu beruflichen Belastungen und zu entsprechenden Veränderungen während des Klinikaufenthaltes erhoben.

Ergebnisse

Die bis heute vorliegenden Zwischenauswertungen von etwa 750 Datensätzen zeigen zunächst, dass Patienten in ambulanter orthopädischer Rehabilitation zu einem vergleichsweise geringeren Anteil berufstätig sind als in stationärer und teilstationärer Reha. Bei ausschließlicher Berücksichtigung der berufstätigen Patienten zeigt sich, dass sozialmedizinische Problemlagen mit erhöhten beruflichen Belastungen und einem erhöhten Frühberentungsrisiko gehäuft in stationärer und vor allem auch teilstationärer Reha vorkommen, dagegen deutlich seltener im ambulanten Setting. Z.B. erwarten Patienten in teilstationärer Rehabilitation zu Beginn ihrer Behandlung am häufigsten, wegen ihrer Erkrankung vorzeitig berentet werden zu müssen und gehen häufiger davon aus, erst vergleichsweise spät nach Abschluss der Rehabilitation wieder ins Erwerbsleben zurückkehren zu können. Sie sind außerdem vermehrt unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation und erleben den Arbeitgeber seltener als unterstützend, was die Rückkehr an den Arbeitsplatz betrifft. Es wird geprüft, inwieweit die Ergebnisse sich durch Unterschiede in der Schwere der Beeinträchtigung erklären lassen.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich im Rahmen der stationären und teilstationären Rehabilitation im Vergleich mit der ambulanten Rehabilitation eher vermehrt sozialmedizinische Aufgaben stellen und auch über die Einführung entsprechend diagnostischer und therapeutischer Angebote nachgedacht werden sollte, die auf berufliche Problemstellungen abzielen.

Teilstationäre Angebote bieten hier prinzipiell aufgrund der Wohnortnähe und der entsprechenden Vorteile hinsichtlich der Vernetzung vor Ort besondere Vorteile. Hier sind konzeptionell auch entsprechende Maßnahmen zu fordern, die bislang aber lediglich vereinzelt umgesetzt werden.

Literatur

Bürger, W., Schulz, H., Glier, B., Rodewig, K., Koch, U. (1997): Berufsbezogene Angebote in der Psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption. Deutsche Rentenversicherung 9-10, 548-574.

Koch, U., Bürger, W. (1996): Ambulante Rehabilitation: Ziele, Voraussetzungen und Angebotsstruktur. Deutsche Rentenversicherung 10-11, 690-710.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des VDR. VDR, Frankfurt.

Der Abschlussbericht von Reha-Einrichtungen aus der Sicht des Hausarztes

Ehrhardt, M.

Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Die Sicherstellung des Rehabilitationserfolges hängt wesentlich von der Information des Hausarztes über den Verlauf der Maßnahme und weiterführende Therapieempfehlungen ab. Die faktisch einzige Informationsquelle für den niedergelassenen Arzt ist der Entlassungsbericht. Nach Brandt hatten über 70 % der befragten Ärzte noch nie mit den Rehakliniken Kontakt (Brandt, 1987).

Die Kritik an Entlassungsberichten von Akutkrankenhäusern und Rehakliniken ist altbekannt. Exemplarisch sei hier die aktuelle Untersuchung von Jork genannt, die unter anderem das häufige Fehlen von Angaben über individuelle Therapieziele und Befundverschlechterungen aufzeigt (Jork, 1995). Vogel et al. berichten, dass der Entlassungsbericht nach Ansicht der Hausärzte oft zu spät eingeht und zu wenig auf die konkrete hausärztliche Situation und die Bedingungen vor Ort ausgerichtet sei (Vogel et al., 1999).

Im Rahmen des Projektes „Der Nutzen von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation aus hausärztlicher Sicht" wurden mittels einer postalischen Erhebung alle Allgemeinärzte in Hamburg, Schleswig-Holstein und Halle/Saale (n= 956) gefragt, wie sie den Informationsgehalt der Entlassungsberichte einschätzen, ob sie mit der Dauer bis zum Eintreffen der Berichte zufrieden sind und den darin enthaltenen Therapievorschlägen vertrauen.

Die Auswertung ergab, dass das Interesse der Hausärzte an den Abschlussberichten der Rehabilitationseinrichtungen sehr groß ist. 89 % geben an, den Entlassungsbericht in der Regel gründlich zu lesen. Allerdings schätzen die Hausärzte den Nutzen für sich als nicht besonders hoch ein. Die Aussagen „Der Abschlussbericht enthält oft wichtige Anregungen für die weitere Behandlung" und „Die Kurberichte sind nicht schlecht. Ich erfahre daraus oft Dinge, die ich vorher nicht unbedingt wusste" trafen bei den Hausärzten lediglich auf eine geringe Zustimmung. Die Zufriedenheit mit der Wartezeit bis zum Eintreffen des Berichtes ist sehr unterschiedlich.

Die Hausärzte aus den neuen Bundesländern bewerten die Qualität der Entlassungsberichte signifikant positiver als ihre niedergelassenen Kollegen in den alten Bundesländern ($p < 0{,}0001$). Hinsichtlich der Niederlassungsdauer und des Geschlechtes finden sich keine Unterschiede in der Bewertung.

Weitere Informationen werden nach Auswertung der retrospektiven Fallanalysen bei Hausärzten und Rehabilitanden (angestrebtes n= 400) zugänglich sein. Neben dem bloßen Vorhandensein, dem Zeitraum zwischen Ende der Rehabilitation und dem Erstellen des Berichtes, dem Umfang des Abschlussberichtes wird die Kritik der Hausärzte an den Berichten

erhoben. Außerdem wird untersucht, welche Rolle der Abschlussbericht in der Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient über die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme spielt.

Zum Zeitpunkt des Kongresses werden erste Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen vorliegen.

Literatur

Brandt, C. (1987): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes, Hannover.

Jork, K. (1997): Therapie an der Versorgungsschnittstelle Klinik-Praxis ZFA Kongress Abstracts zum 29. Degam Kongress.

Vogel, H., et al. (1999): Die medizinische Rehabilitation im Urteil der niedergelassenen Ärzte- Eine empirische Erhebung bei Allgemeinärzten. Vortrag auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 9.3.99 Norderney.

Wodurch wird die Empfehlung des Arztes zur Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme beeinflusst?

Romppel, M., Krause, H., Grande, G., Leppin, A.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität, Bielefeld

Hintergrund

Maßnahmen der kardiologischen Rehabilitation dienen zur Verbesserung der somatischen, psychischen und sozialen Situation nach einem schweren kardialen Ereignis und tragen zur Verbesserung der Prognose bei (Wenger et al., 1995). In Frage steht jedoch, ob rehabilitative Leistungen allen Patientengruppen gleichermaßen zugänglich sind. Insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Teilnahme an medizinischen Rehabilitationsleistungen wurden in den letzten Jahren problematisiert. In Deutschland wie in den angelsächsischen Ländern wird eine deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen durch Frauen festgestellt (für eine Zusammenfassung empirischer Befunde vgl. z.B. Carhart et al., 1998). Die Mehrheit der bisher vorliegenden Studien legt jedoch nahe, dass Frauen trotz höheren Alters, größerer Komorbidität, weiter fortgeschrittener KHK und schlechterem Risikofaktorenstatus durch die Teilnahme an einer Rehabilitation vergleichbare Erfolge erreichen können.

Als stärkster Prädiktor für die Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme wird in verschiedenen Studien die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme genannt (Ades et al., 1992; Ades et al., 1992; Lieberman et al., 1998). Gleichzeitig wird berichtet, dass Frauen und älteren Patienten die Teilnahme in geringerem Ausmaß empfohlen wird (Ades et al., 1992). Im folgenden soll geprüft werden, durch welche objektiven Patientenmerkmale und subjektiven Arzt- und Patientenurteile die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an einer Rehabilitation bestimmt wird.

Methode

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Daten des Forschungsprojekts „Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation“[9] ausgewertet. Es handelt sich dabei um eine prospektive Längsschnittstudie, bei der zu drei Messzeitpunkten (Versorgung im Akutkrankenhaus nach kardialem Ereignis, Versorgung in einer Rehaklinik bzw. durch den Hausarzt ca. 8-10 Wochen nach kardialem Ereignis sowie Hausarztbetreuung ein Jahr nach kardialem Ereignis) insgesamt ca. 500 Patienten und Patientinnen nach akutem Myokardinfarkt und die jeweils behandelnden Ärzte schriftlich befragt wurden. Zur Auswertung wurden die Daten des ersten Erhebungszeitpunkts genutzt.

Da nur wenigen Patienten eine Teilnahme nicht empfohlen wird, soll mittels logistischer Regressionsanalysen geprüft werden, welche Variablen zur Vorhersage der dichotomisierten Kriteriumsvariablen „Teilnahme an einer Rehabilitation unbedingt empfohlen“ geeignet sind. Mögliche Prädiktoren entstammen den folgenden vier Variablengruppen:

- soziodemographische Merkmale der Patienten: Alter, Geschlecht, Schulbildung und Erwerbstätigkeit,
- medizinisch diagnostizierte Merkmale der Patienten: Laborwert CK, vorliegende Komorbidität und Risikofaktorenbelastung,
- Urteile der behandelnden Ärzte: Beeinträchtigung des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen, Schwere des Herzinfarkts, Ausmaß der Schädigung des Herzens, Motivation für die Rehabilitation und Eignung für die Rehabilitation,
- Urteile der Patienten: Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen, Schwere des Herzinfarkts, Ausmaß der Schädigung des Herzens, Einstellungen zur Rehabilitation.

Ergebnisse

Nach Angaben der Ärzte wird Frauen und Patienten mit höherer Schulbildung eine Rehabilitation tendenziell in höherem Ausmaß empfohlen (nach Kontrolle der übrigen soziodemographischen Variablen). Nach Adjustierung für die soziodemographischen Variablen erweisen sich als signifikante Prädiktoren für die ärztliche Empfehlung die ärztlichen Urteile zur Reha-Motivation und Reha-Eignung sowie die Einstellungen der Patienten zur Rehabilitation. Aus der Gruppe der medizinischen Variablen konnten nur das Ausmaß der Herzschädigung und die fehlende Komorbidität einen nennenswerten, jedoch nicht signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten.

Diskussion

Die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme wird zum Teil durch soziodemographische Variablen bestimmt. Die bisherige Befundlage zur Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen deutet jedoch darauf hin, dass ein differentielles ärztliches Empfehlungsverhalten hier wenig sinnvoll erscheint. In höherem Ausmaß empfohlen wird eine Teilnahme außerdem denjenigen Patienten, die ohnehin eine höhere

[9] Projekt im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Rehabilitationswissenschaften gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie unter dem Förderkennzeichen 01GD9819/4

Motivation aufweisen; wünschenswert wäre es, Vorgehensweisen für die Motivierung der Patienten mit negativen Einstellungen gegenüber der Rehabilitation zu entwickeln. Weitere Analysen der vorliegenden Daten sollen zur Identifikation der Determinanten dieser Einstellungen beitragen.

Literatur

Carhart, R.L. Jr, Ades, P.A. (1998): Gender differences in cardiac rehabilitation. Cardiology Clinics, 16, 37-43.

Ades, P.A., Waldmann, M.L., McCann, W.J., Weaver, S.O. (1992): Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. Archives of Internal Medicine, 152, 1033-1035.

Ades, P.A., Waldmann, M.L., Polk, D.M., Coflesky, J.T. (1992): Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged greater than or equal to 62 years. American Journal of Cardiology, 69, 1422-1425.

Lieberman, L., Meana, M., Stewart, D. (1998): Cardiac rehabilitation: gender differences in factors influencing participation. Journal of Women's Health, 7, 717-723.

Wenger, N.K., Fröhlicher, E.S., Smith, L.K. et al. (1995): Cardiac rehabilitation (Clinical Guideline Number 17). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Extreme hausärztliche Grundpositionen zur medizinischen Rehabilitation und deren Auswirkungen

van den Bussche, H.

Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Keine Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist - entsprechende Qualifikation und Motivation vorausgesetzt - besser in der Lage, den mittel- und langfristigen Nutzen von MMR zu beurteilen als die Berufsgruppe der Hausärzte. Vom fachlichen Meinungsbildungsprozess des Hausarztes hängt es auch ab, ob und inwiefern der Hausarzt in Bezug auf die Weiterbehandlung des Patienten auf die Ergebnisse der MMR aufbaut und wie er potentielle Inanspruchnehmer einer MMR im Vorfeld der Antragstellung berät.

In einer Mitte der achtziger Jahre vom Nürnberger Institut für empirische Soziologie durchgeführten Untersuchung wurde postuliert, dass die Einschätzung des Nutzens einzelner MMR durch den Hausarzt von dessen grundsätzlichen Einstellung zur Rehabilitation abhängig sei (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1986). Dieser plausible Zusammenhang konnte jedoch empirisch nicht bestätigt werden.

Dieser Frage wurde in einer im Jahr 1999 durchgeführten postalischen Befragung aller Allgemeinärzte in Hamburg, Schleswig-Holstein sowie, als Vergleichsgruppe aus den neuen Bundesländern, in Halle/Saale erneut nachgegangen. Der Rücklauf lag bei 45 Prozent (N=956). Aus dieser Untersuchungspopulation wurde mittels eines Indexes aus vier allgemein formulierten Statements zur Rehabilitation (z.B.: „Ein Großteil des Geldes, das jetzt in

den Reha-Bereich fließt, sollte man lieber an anderen Stellen im Gesundheitswesen einsetzen.") eine extrem positiv eingestellte Untergruppe (N=283) und eine extrem negativ eingestellte Untergruppe (N=92) gebildet.

Mittels dieser Gruppenbildung wurde die Frage geprüft, inwiefern die Grundeinstellung des Hausarztes zur Rehabilitation sich auswirkt auf:

- die hausärztliche Bewertung von Bedarf und Angebot in bezug auf einzelne Reha-Maßnahmearten,
- die Einschätzung von Über- und/oder Unterinanspruchnahme im System,
- die hausärztliche Aufgabe bei der Antragstellung,
- den kurz- und mittelfristigen Nutzen der Maßnahmen sowie auf
- die Berücksichtigung der Maßnahme im weiteren hausärztlichen Behandlungsverlauf.

Die Auswertung ergab, dass selbst die negativ eingestellten Allgemeinärzte längst nicht allen MMR kritisch gegenüber stehen, sondern gar für die Beibehaltung bzw. Ausweitung fast der Hälfte aller untersuchten Maßnahmearten plädieren. In Bezug auf die in mehreren Studien (Barth, 1989; Biefang et al., 1994; Brandt, 1987; Potthoff et al., 1994) festgestellte nichtindizierte Inanspruchnahme von MMR ergibt die Auswertung, dass die negativ eingestellten Allgemeinärzte eine sehr hohe Rate der Überinanspruchnahme (bei mehr als zwei Drittel der Versicherten!) sehen, während für die positiv Eingestellten dies bei „nur" einem Viertel der Patienten der Fall ist. Ferner wird im Vortrag dargestellt, mit welchen demografischen und biografischen Faktoren sowie Charakteristika der Praxis diese Grundeinstellungen zusammenhängen.

Folgen dieser Typologisierung der Allgemeinärzte für die Informationsstrategien der Kostenträger und Anbieter von MMR gegenüber den Allgemeinärzten werden zur Diskussion gestellt.

Literatur

Barth, M. et al. (1989): Das Antragsverhalten hinsichtlich Medizinischer Maßnahmen zur rehabilitation (Teil I). Die Sicht der Experten. Deutsche Rentenversicherung (8-9), 414-429.

Biefang, S., Pothoff, P. (1994): Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2, 208-218.

Brandt, C. (1987): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Manuskript Hannover.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1986): Zugang zu Kuren. Bereich Gesundheitsforschung Forschungsbericht 146 Bonn o.D.

Potthoff, P. et al. (1994): Bedarfsgerechte Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation - Strategien zur Reduzierung der Unter- und Überinanspruchnahme. Medizinische Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow, W. (Hrsg.) Medizinische Rehabilitation. Weinheim und München, 37-68.

Die Umsetzung des rehaärztlichen Mandats zum Einbeziehen der Betriebsärzte

Behrens, J.

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther Universität, Halle-Wittenberg

Ausgangssituation

Betriebsärzte einerseits, Ärzte in Rehabilitationskliniken bzw. Hausärzte andererseits ergänzen sich in ihren spezifischen Fähigkeiten und institutionellen Kompetenzen: Die institutionelle und kognitive Stärke von Haus- und Rehabilitationsärzten liegt in Deutschland in der Erhebung von personenbezogenen Befunden und der Durchführung von Therapien. Betriebsärzte können dagegen mit mehr kognitiver und institutioneller Kompetenz arbeitsplatzbezogene Schlüsse aus solchen Befunden ziehen, weil sie die Arbeitsplätze der Rehabilitanden aus eigener Anschauung besser kennen als ihre niedergelassenen und in Rehabilitationskliniken tätigen Kollegen. Insofern wären Betriebsärzte vor allem für die betriebliche Rehabilitationsnachsorge von zentraler Bedeutung, die bei einem Drittel aller Rehabilitanden über den letztendlichen Rehabilitationserfolg entscheidet (so zumindest das Ergebnis eine Rehabilitationsverlaufsstudie des ISIS und des Sfb 186 der Deutschen Forschungsgemeinschaft). Auch für die Beratung bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme sind Betriebsärzte kompetent.

Dennoch waren Betriebsärzte mehrheitlich (1990: zu etwa 60 %) nicht in der Beantragung und der Nachsorge medizinischer Rehabilitation initiativ. Das ergab sowohl die mit finanzieller und wissenschaftlicher Unterstützung des VDR ausgewertete, 1990 im DFG-Sonderforschungsbereich „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf" durchgeführte Befragung von 502 Betriebsärzten aus allen alten Bundesländern, als auch die Erhebung von Betriebsfallstudien und offenen Interviews mit Betriebsärzten und Rehakliniken 1994. Sogar an Rehabilitation interessierte Betriebsärzte sind häufig über Rehabilitationsmaßnahmen der von ihnen betreuten Arbeitnehmer gar nicht informiert, und selbst bei Umsetzungsbegehren bekommen sie nicht die Befunde, sondern vielfach nur die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzempfehlungen durch den Haus- bzw. Rehaarzt zu Gesicht.

Die erste flächendeckende Befragung bundesdeutscher Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ergab 1990, dass bis auf die Betriebsgröße kaum schwer änderbare Merkmale von Betrieben und Betriebsärzten mit rehabilitativem Engagement in Zusammenhang stehen. Eher sind es berufliche Orientierungen der Betriebsärzte und insbesondere eine betriebliche Nachfrage und Unterstützung von Seiten der betreuten Betriebe, die einem solchen Engagement förderlich zu sein scheinen. In einem vom VDR geförderten Projekt wurden daher in Fallstudien in Rehakliniken und Betrieben sowie in Interviews mit Betriebsärzten und Rehaärzten (Anlage und Einzelheiten der Studie sind für die Veröffentlichung vorbereitet) unter anderem die Verfahrenshindernisse analysiert.

Analyse der Verfahrenshindernisse

Die Bedingungen, die einen verbesserten Einsatz der Betriebsärzte behindern, wurden aus den Fallstudien organisationssoziologisch deutlich identifiziert als

- mangelnde Verfahrensklarheit bei einigen Ärzten der Rehabilitationskliniken, was insbesondere die ärztliche Schweigepflicht angeht
- mangelnde Einfachheit für einige Ärzte der Rehabilitationskliniken, was den Zusatzaufwand für die Erreichbarkeit und die Information von Betriebsärzten angeht
- mangelnde subjektive Zuständigkeit bei einigen Ärzten der Rehabilitationskliniken, für die unklar ist, ob die Einschaltung des Betriebsarztes zu ihren Aufgaben gehört oder ob ein Betriebsarzt sich im Zweifel an sie zu wenden hätte.

Diese Mängel in Verfahrensklarheit, Einfachheit und subjektiver Zuständigkeit können bei Zeitdruck an Rehabilitationskliniken dazu führen, dass Betriebsärzte nicht eingeschaltet werden.

Überlegung zur Verfahrens- und Zuständigkeitsklärung, Vereinfachung und Routinisierung durch RV und Rehakliniken

Unter Hinzuziehung früherer Vorschläge, die von Seiten des VDBW, der Ertomis-Stiftung und anderer gemacht wurden, sollte erörtert werden, welche konkreten Schritte die Rentenversicherung und die Rehabilitationskliniken unternehmen können, um Verfahrensklarheit, Einfachheit und subjektive Zuständigkeit in einem ersten, initiativen Schritt zu verbessern.

Das Projekt stellt vor allem die folgenden Vorschläge zur Erörterung: das Verfahren durch eine initiative Regelung der Rentenversicherung und der Reha**-** Kliniken in Abstimmung mit den niedergelassenen und den Betriebsärzten zu klären, zu vereinfachen und zu routinisieren.

Der Autor geht davon aus, dass allein schon durch eine klärende Information über - auch datenschutzrechtlich - korrekte Verfahren erhebliche Unklarheiten und Hindernisse aus den Weg geschafft werden können. Sich um diese Verfahrensklärung zu bemühen, kann nicht von jedem einzelnen Arzt in den Reha-Kliniken erwartet werden, sondern könnte für alle durch den VDR in Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Verband erfolgen.

Vorschlag: Zielvereinbarung in der Rehaklinik

Heute führt lege arte zu Beginn jeder Rehabilitationsmaßnahme der Rehabilitationsarzt ein Gespräch, in dem er gemeinsam mit dem Rehabilitanden das Rehabilitationsziel erarbeitet und dazu auch Anamnesen durchführt. In vielen Fällen erscheint es nach der ISIS-Untersuchung offensichtlich angebracht, nicht erst für die Nachsorge, sondern bereits für die Zielvereinbarung am Anfang der Rehabilitation die Kenntnisse des Betriebsarztes, was derzeitige Arbeitsbedingungen und künftige Gestaltungsmöglichkeiten angeht, heranzuziehen. Diese Kontaktaufnahme des Reha-Arztes mit dem Betriebsarzt sollte ausschließlich bei spezifischem Bedarf und auf ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden erfolgen. Daher lautet der Vorschlag:

- Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (Berufsanamnese, Erarbeitung und Vereinbarung des Rehabilitationsziels mit dem Rehabilitanden) ersucht der Rehabilitationsarzt
- bei definiertem Bedarf an ergänzenden Informationen

- und ausdrücklichem, durch Unterschrift bestätigtem Mandat des Rehabilitanden
- den Betriebsarzt um diese Informationen.

Dieses Verfahren scheint nach den ISIS-Fallstudien flexibler, wesentlich genauer und gleichzeitig unbedenklicher, als einen Berichtsbogen zur Berufsanamnese für jeden Reha-Antrag zur Auflage zu machen. Gleichwohl macht dieser erste Vorschlag mehr Aufwand in der Rehaklinik als der später folgende zur Nachsorge. Als häufiges Hemmnis hat sich in den Fallstudien banalerweise die schwierige telefonische Erreichbarkeit von Betriebs- und Rehaärzten erwiesen, die Wiedervorlagen und Rückrufe erforderlich machte. Dennoch kann offensichtlich auf die frühe Einschaltung betriebsärztlichen Wissens nicht verzichtet werden: Wenn überhaupt genauere betriebsärztliche Kenntnisse der Arbeitsplätze erforderlich sind, dann sind sie häufig schon bei der Festlegung des Reha-Ziels und nicht erst in der Reha-Nachsorge nötig.

Vorschlag: Nachsorge

- Bei definiertem Bedarf an Tätigkeitsgestaltung
- und ausdrücklichem, durch Unterschrift bestätigtem Mandat des Rehabilitanden
- sendet der betreuende Reha-Arzt
- den vollständigen Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik
- vertraulich und persönlich zu Händen des Betriebsarztes des beschäftigenden Betriebes.
- Umgekehrt melden Betriebsärzte den Rehakliniken
- bei ausdrücklicher Zustimmung durch den Rehabilitanden
- die Erfolge der Nachsorgephase zurück,
- damit die Rehakliniken aus diesen Verläufen lernen können.

Entscheidend für die Zielerreichung ist, dass nicht nur die reha-medizinische Einschätzung der Erwerbsfähigkeit, sondern der Befundbericht übermittelt wird. Dann haben die an ihre Schweigepflicht gebundenen Betriebsärzte in ihrer Kenntnis der Arbeitsplätze in Absprache mit dem Rehabilitanden zu prüfen, wieweit ein Arbeitsplatz zu gestalten oder ein Tätigkeitswechsel zu unterstützen ist.

Für die Durchführbarkeit ist ferner entscheidend, dass sich der Arbeitsaufwand in der Reha-Klinik in Grenzen hält, weil kein eigener Bericht geschrieben werden muss und die Kontaktaufnahme nicht vom Zustandekommen eines Telefongesprächs mit dem Betriebsarzt abhängt. Die Einbeziehung, das Anstoßen betriebsärztlicher Unterstützung („Innervierung") wäre ohne jeden Zeitverlust und unter Wahrung des Datenschutzes möglich. Die Einbeziehung des Betriebsarztes wird im E-Bericht vermerkt.

Sexualmedizinische Aspekte und Fragestellungen in der Rehabilitationsmedizin - Ergebnisse einer explorativen Untersuchung

Schulte, R.M., Jacobi, E.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität, Ulm

Einleitung

Aufgrund der Prävalenz funktioneller Sexualstörungen zielte diese wissenschaftliche Untersuchung darauf ab, nachzuweisen, inwieweit und gegebenenfalls durch welche therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen diagnostizierte Sexualfunktionsstörungen in der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden. In der rehabilitationsmedizinischen Literatur ergeben sich nur wenig Hinweise auf Art und Frequenz von funktionellen Sexualstörungen im Zusammenhang mit medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Methodik, Studiendesign

Der explorativen Untersuchung liegen folgende Einzelanalysen zugrunde:

- Durchsicht von 76 Klinikkonzepten
- Supervision von 1535 ärztlichen Entlassungsberichten der Fachgebiete Rheumatologie/Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Psychosomatik und Suchterkrankungen
- die Supervision von 920 Gutachten von Fachärzten für Innere Medizin / Allgemeinmedizin, für Neurologie/Psychiatrie und für Orthopädie
- die Nachuntersuchung von 121 Patienten in den ersten 12 Monaten nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in den Jahren 1994 bis 1999 mittels eines standardisierten Interviews zur Eruierung, inwieweit sexualmedizinische Themen in der Rehabilitationsmaßnahme berücksichtigt wurden
- die persönliche Begutachtung von 61 Patientinnen / Patienten, aufgeteilt auf drei Gruppen (degeneratives LWS-Syndrom, Depression, Somatisierungsstörung) unter der Fragestellung, inwieweit funktionelle Sexualstörungen vorliegen, wobei psychopathometrische Verfahren ergänzend eingesetzt wurden (KEED, FKKS-5-SSEX)
- eine modifizierte Fallkontrollstudie mit Parallelisierung von 171 Patienten (degeneratives LWS-Syndrom ohne neurologische Störung, Depression, Somatisierungsstörung) im Vergleich zu 58 Kontrollpersonen zur Feststellung der erektilen Dysfunktion.

Ergebnisse

Auffällig ist der hohe Prozentsatz der erektilen Dysfunktion bei männlichen Rehabilitanden, insbesondere bei Somatisierungsstörungen, im Vergleich zu den Kontrollpersonen sowie der Dyspareunie bei weiblichen Rehabilitanden. Von neurologisch-psychiatrischen Gutachten abgesehen (circa 21 Prozent) finden sich in allgemeinmedizinischen-internistischen und orthopädischen Gutachten nur ausnahmsweise Hinweise auf funktionelle Sexualstörungen (circa 4 Prozent). Ärztliche Entlassungsberichte enthalten vorrangig bei neurologischen Fragestellungen (circa 40 Prozent) und kardiologischen (circa 18 Prozent) und psychosomatischen (circa 16 Prozent) Rehabilitationen Ausführungen zur Berücksichtigung entsprechender Störungsbilder.

Diskussion

Nachdem Fragen der Sexualmedizin und Sexualtherapie in den letzten Jahren zunehmend das Interesse der Wissenschaft, aber auch der Öffentlichkeit gefunden haben und die Prävalenz von funktionellen Sexualstörungen allgemein, bei rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen im Besonderen sehr hoch ist sollten entsprechende Erkrankungen und Störungsbilder eine verstärkte Berücksichtigung bei der Durchführung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erfahren.

Literatur

Arentewicz, G., Schmidt, G. (1993): Sexuell gestörte Beziehungen. Enke Verlag Stuttgart, 3. Auflage.

Bräutigam, W., Clement, U. (1989): Sexualmedizin im Grundriss. Thieme Verlag Stuttgart, 3. Auflage.

Dellbrück, H., Haupt, E. (1996): Rehabilitationsmedizin. Urban & Schwarzenberg Verlag.

Hoyndorf, S., Reinhold, M., Cristmann, F. (1995): Behandlung sexueller Störungen. Belz Verlag.

Siegusch, V. (1996): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme Verlag Stuttgart.

Das transtheoretische Modell: Umsetzung in der medizinischen Rehabilitationsforschung und -praxis am Beispiel chronischer Schmerzen

Maurischat, C. (1), Bengel, J. (1), Härter, M. (2)

(1) Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität, Freiburg, (2) Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Freiburg

Als zentrale Probleme der gegenwärtigen Rehabilitationspraxis werden mangelnde Mitarbeit von Patienten (Non-Compliance), ungünstige Einstellungen, Therapieverweigerung und Probleme beim Transfer in den Alltag genannt. Vermutet wird, dass Patienten nicht bereit und/oder in der Lage sind, eigene Aktivitäten erfordernde Interventionen als neue Verfahren neben traditionellen, eher passiv ausgerichteten somatischen Behandlungsverfahren anzunehmen. Aus diesem Grund wird gefordert, dass Rehabilitationsprogramme verstärkt die motivationale Bereitschaft zur Mitarbeit und Verhaltensänderung von Patienten im Therapiekonzept berücksichtigen sollten, um gesundheitsförderndes Alltagsverhalten individuell und dauerhaft aufzubauen und somit auch die Effektivität und Effizienz einer Rehabilitationsmaßnahme zu sichern.

Seit Mitte der 70er Jahre gibt es eine ständig wachsende Forschung zum Zusammenhang und zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen, in deren Verlauf verschiedene Erklärungs- und Bedingungsmodelle entwickelt wurden. Das im amerikanischen Raum weit verbreitete transtheoretische Modell (TTM) der Verhaltensänderung (Prochaska et al., 1982) ist ein therapieschulenunabhängiges Phasenmodell, das die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten als einen Prozess beschreibt, der durch das aktive zeitliche Durchlaufen aufeinander aufbauender Stufen bzw. Stadien („stages of change") beschreibbar ist. Zugleich werden Strategien bzw. Prozesse („processes of change") formuliert, die das Voranschreiten innerhalb der Stadien fördern, so dass eine (patienten-) bedarfsgerechte Intervention - „die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt" - empfohlen werden kann.

Die sog. Kernvariablen des TTM wurden in unterschiedlichen Anwendungsbereichen der individuellen und öffentlichen Gesundheitsvorsorge untersucht und vielfach bestätigt: Bereitschaft zur Psychotherapie, Abstinenz vom Rauchen in der Allgemeinbevölkerung und bei Risikogruppen (z.B. kardiologische Patienten, Krebspatienten, im Rahmen einer Schwangerschaft), Prävention des Rauchens bei Jugendlichen, Reduktion des Drogen- und Alkoholmissbrauchs, Ernährungsumstellung, Fettleibigkeit und Gewichtsreduktion, HIV-Prävention bei Risikogruppen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Mammographie), Steigerung körperlicher Aktivität, Schutzverhalten vor UV-Strahlung, Bereitschaft zu Organspende, Verhaltensänderung bei Diabetes, Bereitschaft zu rückenfreundlichem Verhalten, Anwendung in der Community Medicine und der (Haus-)Arzt-Patienten-

interaktion. Die Übertragung des Modells in die Anwendungsbereiche umfasst dabei – idealerweise - vier Schritte: (1) Definition der Konstrukte und Zielkriterien, (2) Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Konstrukte, (3) Empirische Prüfung, (4) Erstellung von Interventionsansätzen auf der Basis der Ergebnisse (Keller, 1999)

Die Umsetzung des TTM beschränkte sich bislang vor allem auf die Bereiche der primären und sekundären Prävention. Eine laufende Studie untersucht derzeit die Möglichkeit, das Stadienmodell auf die (stationäre) Rehabilitation chronischer Schmerzen zu übertragen. Erfasst wird die Bereitschaft von chronischen Schmerzpatienten, eigenständig kognitiv-behaviorale Methoden zur Schmerzbewältigung zu erlernen bzw. anzuwenden. Ziel ist es, in Anlehnung an Kerns et al. (1997) ein Instrument zu entwickeln, das die individuelle Zuordnung von chronischen Schmerzpatienten zu einem transtheoretischen Stadium ermöglicht. Da nach dem TTM in jedem Stadium eine ganz bestimmte therapeutische Strategie am effektivsten ist, kann anhand der Zuordnung in einem zweiten Schritt die Behandlung spezifischer am Bedarf der Patienten ausgerichtet werden, wodurch u.a. eine Verbesserung der Compliance möglich ist.

Im Beitrag werden zum einen die Grundlagen des TTMs und dessen Übertragung auf die Rehabilitation chronischer Schmerzen erläutert. Zudem werden die Entwicklung des neuen Instrumentes und Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen berichtet. Die zur Zeit vorliegenden Daten von 64 Patienten zeigen, dass sich faktorenanalytisch vier Skalen extrahieren lassen, die den Stadien „Indifferenz", „Bewusstwerdung" „Umsetzung" und „Aufrechterhaltung" zuzuordnen sind. Die Itemanzahl pro Skala variiert von fünf bis acht. Alle Skalen weisen ausreichende interne Konsistenzen auf (Chronbach`s **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** = .60 - .80). Die Analysen der soziodemographischen Daten zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit einer der Skalen. Konsequenzen für das weitere Vorgehen werden diskutiert.

Literatur

Keller, S. (Hrsg.) (1999): Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jamison, R.N., Caudill, M.A., Haythornthwaite, J. (1997): Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). Pain, 72, 227-234.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 267-288.

Schmerztherapie in der orthopädisch-psychosomatischen Rehabilitation

Bauer, J. (1), Minge, A. (1), Busche, Th. (1), Blunk, R. (2)

(1) Parkklinik Bad Rothenfelde, Bad Rothenfelde (2) Gesundheitszentrum, Hannover

Ein gutes Schmerzmanagement verlangt ein multidisziplinäres Vorgehen, in dessen Rahmen Ärzte verschiedener Fachgebiete sowie Psychologen, Physiotherapeuten und Sozi-

alarbeiter den Patienten unter Einsatz einer breiten Palette diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gemeinsam betreuen.

Welche Rolle eine interdisziplinäre orthopädisch - psychosomatische Rehabilitationsbehandlung in der Versorgung chronischer Schmerzpatienten bzw. in der Prophylaxe einer Chronifizierung spielen kann, soll in der vorliegenden Arbeit unter Beantwortung der drei Fragen

1. Kommen Schmerzpatienten in die Rehabilitationsklinik?
2. Ist die Rehabilitationsklinik zur Schmerztherapie geeignet?
3. Welche Ergebnisse bringt die interdisziplinäre orthopädisch - psychosomatische Schmerztherapie?

untersucht werden.

Kommen Schmerzpatienten in die Rehabilitationsklinik?

Um diese Frage zu beantworten, wurden durchgängig 1.000 Patienten, die zwischen dem 01.01.1998 und dem 30.05.1998 in der orthopädischen und psychosomatischen Abteilung der Parkklinik Bad Rothenfelde aufgenommen wurden, hinsichtlich Haupt- und Nebendiagnose (ICD-9 Diagnoseschlüssel) erfasst. Die Einstufung des Chronifizierungsstadiums erfolgte nach Gerbershagen (1986), die Schmerzstärke wurde auf der visuellen Analog-Skala (VAS 0-10) dokumentiert. 646 Patienten (64,6 %) konnten als Schmerzpatienten erfasst und nach den Chronifizierungsstadien I = 44,6 %, II = 40,5 % sowie III 14,9 % unterteilt werden. Durchschnittsalter 53,8 Jahre, Geschlecht 57 % männlich. Aufenthaltsdauer 27,6 Tage. Diese Daten belegen, dass 2/3 der zugewiesenen Rehabilitanden als chronische Schmerzpatienten zu bezeichnen sind.

Ist die Rehabilitationsklinik zur Schmerztherapie geeignet?

Im Behandlungsteam einer orthopädisch-psychosomatischen Rehabilitationsklinik stehen Fachärzte für Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Chirurgie, Anästhesie sowie Innere Medizin. Dazu kommen Psychologen, Diplomsportlehrer, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten sowie Musik- und Kunsttherapeuten und Sozialarbeiter. Das Behandlungsspektrum umfasst alle in der Schmerztherapie gängigen Verfahren der Physiotherapie, der Bewegungstherapie, der Entspannungsverfahren einschl. Schmerzbewältigungsgruppen, der Elektrotherapie sowie der Injektionsbehandlungen.

Der Therapieansatz orientiert sich neben den Therapiezielen am Chronifizierungsstadium.

Regelmäßig werden 14tägige interdisziplinäre Schmerzkonferenzen innerhalb der Klinik zur Diskussion des therapeutischen Vorgehens abgehalten.

Welche Ergebnisse bringt die interdisziplinäre orthopädisch-psychosomatische Schmerztherapie?

Eine Schmerzreduzierung nach dem VAS-Score konnte bei allen Patienten von 5,47 bei Aufnahme auf 4,2 bei Entlassung erhoben werden. Im einzelnen verteilt sich diese auf das Stadium I (4,7 zu 2,84), Stadium II (5,41 zu 4,59) sowie Stadium III (6,31 zu 5,24). Mit 39,6 % konnte die anteilig deutlichste Schmerzreduzierung im Chronifizierungsstadium I erreicht werden.

Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gelang, bezogen auf die Gruppe aller Schmerzpatienten, die zum Aufnahmezeitpunkt arbeitsunfähig waren, in 37,2 % der Fälle. Im Stadium I betrug dieser Wert 38,7 %, im Stadium II 35,3 %, im Stadium III 42,4 %. Im Stadium III ist zu berücksichtigen, dass sich diese Einschätzung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bei häufig nicht vorhandenem Arbeitsplatz bezieht. Bei einem vergleichbaren Patientenkollektiv, welches im Gesundheitszentrum der Parkklinik in Hannover teilstationär rehabilitiert worden ist, konnte eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in 44 % der Fälle erreicht werden (Busche, 1999).

Diskussion

Aufgrund ihrer guten personellen und apparativen Ausstattung, sind etablierte orthopädisch-psychosomatische Rehabilitationskliniken problemlos dazu in der Lage, eine interdisziplinäre Schmerztherapie unter Beachtung algesiologischer Standards durchzuführen. Eine umfassende Gesundheitsbildung sowie eine intensive sozialmedizinische Beratung sind neben der Verabreichung aktiver und passiver Therapien integrale Bestandteile des ganzheitlichen stationären oder teilstationären Rehabilitationskonzeptes.

Eine Analyse von 1.000 in der Parkklinik Bad Rothenfelde behandelten Rehabilitanden zeigt, dass 2/3 als chronische Schmerzpatienten anzusehen sind. Durch ein interdisziplinäres Behandlungskonzept lässt sich eine messbare Reduzierung der Schmerzsymptomatik erreichen, mit 39,6 % gelang dieses am deutlichsten im Chronifizierungsstadium I. Ein wesentlicher Bestandteil eines bio-psychosozialen Behandlungskonzeptes muss eine gute sozialmedizinische Betreuung der Schmerzpatienten sein. Eine Analyse unseres Patientengutes zeigt, dass mehr als 1/3 der Schmerzpatienten, die arbeitsunfähig zur Aufnahme kamen, anschließend als arbeitsfähig entlassen werden konnten.

Diese Ergebnisse belegen, dass sowohl hinsichtlich der Schmerzreduzierung als auch der Reintegration ins Arbeitsleben die besten Resultate im Chronifizierungsstadium I erreicht werden, daher sollte eine frühzeitige umfassende Schmerz- und Chronifizierungsdiagnostik durchgeführt werden mit baldiger Einleitung eines ganzheitlich ausgerichteten Rehabilitationsverfahrens, um einer weiteren Chronifizierung entgegenzuwirken. Zur Optimierung der Behandlungsergebnisse könnte eine noch bessere Vernetzung zwischen behandelnden Hausärzten, medizinischem Dienst der Krankenversicherungsträger, Kostenträgern, stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen sowie Betriebsärzten, Berufsförderungswerken und medizinischen Nachsorgeeinrichtungen beitragen.

Literatur

Busche, Th. (1999): Ergebnisse eines Modellprojektes zur teilstationären orthopädischen Rehabilitation. Vortrag anlässlich der 47. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden 01.05.1999 Baden Baden.

Gerbershagen, H.U. (1986): Organisierte Schmerzbehandlung. Eine Standortbestimmung. Internist 27, 459–496.

Langfristige Effekte der stationären Schmerztherapie in der Edertal Klinik, Bad Wildungen - Einfluss von Rentenbedürftigkeit und der Erhalt von Rente

Lutz, R. (1), Schneider, J. (2)

(1) Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg, (2) Edertal Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Bad Wildungen-Reinhardshausen

Fragestellung

1. Zeigt die stationäre Schmerzbehandlung in der Edertal Klinik kurz- und langfristig positive Effekte?
2. Welchen Einfluss haben Rentenbedürftigkeit und der Erhalt von Rente auf den langfristigen Therapieerfolg?

Methode und Design

Stichprobe

In die Analyse der kurzfristigen Behandlungserfolge (Analyse 1) gingen N=375 Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen ein. In die Analyse der langfristigen Behandlungserfolge (Analyse 2) gingen N=160 Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen ein. Diese Patienten aus der Analyse 1 hatten zum Auswertungszeitpunkt die Katamnesefragebogen zurückgeschickt. In der Analyse 3 wurde der Einfluss des Erhalts von Rente bei chronischen Schmerzpatienten untersucht. Es wurden die Daten von 100 Patienten der Analyse 2 verwendet, die sich am Behandlungsende als „rentenbedürftig“ einschätzten.

Therapeutischer Ansatz

Der therapeutische Ansatz bestand aus einer Kombination aus folgenden Therapiebausteinen: Schmerzbewältigungstraining, Euthyme Therapie, Biofeedback mit Intensiventspannung, Problemlösegruppe, Kunst- und Gestaltungstherapie, therapeutische Einzelgespräche und balneo-physikalische Anwendungen.

Forschungsinventar

Es wurden ca. 60 allgemeine psychopathologische und salutogenetische sowie schmerzspezifische Skalen und weiterhin Variablen wie Rentenbedürftigkeit, Therapiemotivation, der Bezug von Rente etc. mit dem MUM (Marburger Untersuchungs-Instrumentarium, Lutz, R., 1999) erhoben. Die allgemein-psychopathologischen und salutogenetischen Skalen verteilen sich je zur Hälfte auf verhaltenszentrierte (vz) und personzentrierte (pz) Skalen. In einem vz-Item wird ein psychodiagnostischer Sachverhalt (Iteminhalt) verhaltensnah und situationsspezifisch dargestellt. (Bsp.-Item: „Während der letzten Woche hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.“) In einem pz-Item wird der Iteminhalt dagegen als generelle Aussage zum Selbstkonzept erfasst. (Bsp.-Item: „Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen.“)

Methode

Analyse der kurzfristigen Behandlungserfolge (Analyse 1):

MANOVA, zweiseitige Testung: Messwiederholung (Therapiebeginn vs. Therapieende) x Rentenbedürftigkeit (nicht rentenbedürftig vs. rentenbedürftig). Die Analysen wurden jeweils getrennt für verhaltenszentrierte, personzentrierte und schmerzspezifische Skalen berechnet.

Analyse der langfristigen Behandlungserfolge (Analyse 2):

MANOVA, zweiseitige Testung: Messwiederholung (Therapiebeginn vs. Katamnese) x Rentenbedürftigkeit (nicht rentenbedürftig vs. rentenbedürftig). Die Analysen wurden jeweils getrennt für verhaltenszentrierte, personzentrierte und schmerzspezifische Skalen berechnet.

Analyse der langfristigen Behandlungserfolge in Abhängigkeit vom Erhalt von Rente (Analyse 3):

MANOVA, zweiseitige Testung: Messwiederholung (Therapiebeginn vs. Katamnese) x Erhalt von Rente zum Katamnesezeitpunkt (Erhalt von Rente vs. kein Erhalt von Rente). Die Analysen wurden jeweils getrennt für verhaltenszentrierte, personzentrierte und schmerzspezifische Skalen berechnet.

Ergebnisse

MANOVA 1: kurzfristige Behandlungserfolge

Haupteffekt Zeit: Signifikante Verbesserungen auf verhaltenszentrierten (p=.000), personzentrierten (p=.000) und schmerzspezifischen (p=.000) Skalen: alle Patienten profitieren während des Aufenthaltes von der Schmerztherapie.

Haupteffekt Rentenbedürftigkeit: Signifikante Unterschiede auf verhaltenszentrierten (p=.000), personzentrierten (p=.000) und schmerzspezifischen (p=.000) Skalen: Schmerzpatienten, die sich als „nicht rentenbedürftig“ einschätzen, zeigen über beide Messzeitpunkte „gesündere“ Werte.

Wechselwirkung Zeit x Rentenbedürftigkeit: Signifikante Wechselwirkungen auf verhaltenszentrierten (p=.000), personzentrierten (p=.002) und schmerzspezifischen (p=.002) Skalen: Patienten, die sich als „nicht rentenbedürftig“ einschätzen, profitieren mehr von der stationären Schmerztherapie.

MANOVA 2: langfristige Behandlungserfolge

Haupteffekt Zeit: Signifikante Verbesserungen auf verhaltenszentrierten (p=.000), personzentrierten (p=.000) und schmerzspezifischen (p=.000) Skalen: alle Patienten profitieren langfristig von der stationären Schmerztherapie.

Haupteffekt Rentenbedürftigkeit: Signifikante Unterschiede auf verhaltenszentrierten (p=.000), personzentrierten (p=.000) und schmerzspezifischen (p=.000) Skalen: Patienten, die sich als 'nicht rentenbedürftig' einschätzen, zeigen über beide Messzeitpunkte 'gesündere' Werte.

Wechselwirkung Zeit x Rentenbedürftigkeit: Signifikante Wechselwirkungen auf verhaltenszentrierten (p=.031) Skalen: Patienten, die sich als „nicht rentenbedürftig“ einschätzen, profitieren auf verhaltensnahen Maßen mehr von der stationären Schmerztherapie.

MANOVA 3: Erhalt von Rente und langfristige Behandlungserfolge

Haupteffekt Zeit: Signifikante Verbesserungen auf verhaltenszentrierten (p=.001), personzentrierten (p=.003) und schmerzspezifischen (p=.000) Skalen: alle 'rentenbedürftigen' Patienten profitieren langfristig von der stationären Schmerztherapie.

Haupteffekt Erhalt von Rente: Signifikante Unterschiede auf verhaltenszentrierten (p=.001) und schmerzspezifischen (p=.010) Skalen: bekommen „rentenbedürftige“ Patienten zum Katamnesezeitpunkt Rente, zeigen sie über beide Messzeitpunkte „kränkere“ Werte, als „rentenbedürftige“ Patienten, die keine Rente beziehen.

Wechselwirkung Zeit x Erhalt von Rente: Signifikante Wechselwirkungen auf verhaltenszentrierten (p=.002) und schmerzspezifischen (p=.013) Skalen: „rentenbedürftige“ Patienten profitieren langfristig mehr vom stationären Aufenthalt, wenn sie nach dem Aufenthalt Rente bekommen.

Schlussfolgerungen

Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen profitieren kurz- und langfristig von der stationären Schmerztherapie in der Edertal Klinik.

Schätzen Schmerzpatienten sich als „rentenbedürftig“ ein, weisen sie kränkere Werte auf verschiedenen Maßen auf als Schmerzpatienten, die sich als „nicht rentenbedürftig“ einschätzen.

Schätzen Schmerzpatienten sich als „rentenbedürftig“ ein, profitieren sie kurz- und langfristig weniger von einer stationären Schmerztherapie, als wenn sie sich als „nicht rentenbedürftig“ einschätzen.

Die Gruppe der „rentenbedürftigen“ Schmerzpatienten lässt sich in zwei Subgruppen einteilen: „kranke“ und „sehr kranke“ Patienten.

Schmerzpatienten, die nach dem stationären Aufenthalt Rente bekommen, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich als „rentenbedürftig“ einschätzen und sich auf verschiedenen Maßen als „sehr krank“ darstellen.

Schmerzpatienten, die sich als „rentenbedürftig“ einschätzen und nach dem stationären Aufenthalt Rente bekommen, stellen sich zum Katamnesezeitpunkt gesünder dar als zum Therapiebeginn.

Schmerzpatienten, die sich als „rentenbedürftig“ einschätzen und nach dem stationären Aufenthalt keine Rente bekommen, stellen sich zum Katamnesezeitpunkt kränker dar als zum Therapiebeginn.

Literatur

Lutz, R., Schneider, J. (1977): Die Wahl des Messinstrumentes bestimmt das Ergebnis. In: Interdisziplinarität und Vernetzung. DRV Schriften Vol. 11. (Eds.: Schliehe, F.; Schuntermann, M.) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt.

Lutz ,R. (1999): MUM - Das Marburger Untersuchungsinstrumentarium. Unveröffentlichtes Manuskript.

Lutz, R. (1998): Indikatoren von Gesundheit und Krankheit: zur Bedeutung des Itemformats. In: Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. (Eds.: Margraf, J., Siegrist, J, Neumer, S.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 85-99.

Schmerzreduktion bei Patienten mit Osteoporose durch Rehabilitation - Randomisierte prospektive Studie: Vergleich einer konventionellen Physiotherapie mit einer intensivierten medizinischen Trainingstherapie

Franck, H.

Rheumazentrum, Oberammergau

Einleitung

Patienten mit Osteoporose haben Rückenschmerzen unterschiedlicher Ausprägung. Gleiches gilt für Patienten mit Lendenwirbelsäulen (LWS)-Beschwerden (lower back pain). Nicht selten können jedoch diese chronische Rückenschmerzen zu einer Fehlbelastung der LWS führen. Unterscheiden sich Patienten mit Osteoporose von Patienten mit LWS-Syndrom bezüglich der Schmerzintensität oder der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)? Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob mit einem speziellen therapeutischen Ansatz die Schmerzintensität verringert und die Funktionskapazität gesteigert werden kann.

Methoden

130 Patienten mit Osteoporose entsprechend der WHO-Definition und 90 Patienten mit einem Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndrom wurden nach einer eingehenden Untersuchung des Schmerzverhaltens (Owestry) in folgende Therapiearme randomisiert. Die Gruppe I erhielt eine konventionelle Physiotherapie, die Gruppe II erhielt zusätzlich ein lumbales Extensorentraining mittels MEDX (1 – 2mal pro Woche). Gruppe III erhielt eine reine Sporttherapie mit medizinischer Trainingstherapie. Gruppe IV erhielt zusätzlich zu Gruppe III ein lumbales Extensorentraining (MEDX).

Ergebnisse

Beim Owestry-Fragebogen zeigte sich, dass sich die Osteoporose-Gruppe zu Beginn nicht wesentlich von der LWS-Gruppe bezüglich der genannten Kriterien Schmerzintensität, Hilfsbedürftigkeit beim Heben und Tragen etc. voneinander unterschied. Nach der Therapie kam es bei der Osteoporose-Gruppe zu einer Reduktion der Schmerzintensität Skala 0 bis 5: (0 = keine, bis 5 = starke Schmerzen) von 1,28 ± 1,44 auf 0,85 ± 1,1 ($p < 0,01$). Der Owestry-Score sank signifikant von 19,9 ± 10,0 auf 17,3 ± 10.0.

Auch bei der LWS-Gruppe kam es zu einer signifikanten ($p = < 0,05$) Verbesserung der Schmerzintensität von 1,61 ± 1,5 auf 1,16 und des Owestry-Scores von 21,2 ± 12 auf 17,0 ± 11,8.

Bei Patienten mit Osteoporose in der Gruppe I zeigte sich eine signifikante Reduktion der Schmerzintensität von 1,45 ± 0,4 auf 1,25 ± 0,03 und des Owestry-Scores von 23,1 ± 17 auf 18,1 ± 13 ($p < 0,05$). Auch in der Gruppe II kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Schmerzintensität von 1,55 ± 1,5 auf 0,81 ± 1,3 ($p < 0,01$) und des Owestry-Scores von 19,3 ± 10 auf 10,3 ± 12 ($p < 0,01$). Gleiches gilt für die Gruppe III mit einer signifikanten Verbesserung der Schmerzintensität von 1,35 ± 1,4 auf 0,83 ± 1,5 ($p < 0,05$) und des Owestry-Scores von 21,1 ± 40 auf 15,2 ± 38 ($p < 0,05$). In der Gruppe IV sank die Schmerzintensität am stärksten von 1,42 ± 5 auf 0,2 ± 5,4. Auch der Owestry-Score verbesserte sich erheblich von 20,9 ± 9,7 auf 4,4 ± 10,6.

Diskussion

Patienten mit Osteoporose unterscheiden sich bezüglich Schmerzverhalten nicht signifikant von Patienten mit LWS-Syndrom. Eine Sporttherapie, insbesondere wenn mit einem lumbalen Extensorentraining kombiniert, senkt am effektivsten die Schmerzen bei Osteoporose.

Subkutane CO_2-Gas-Insufflationen als Zusatzbehandlung zu einer standardisierten physikalisch-rehabilitativen Therapie bei Patienten mit Nacken- und Rückenschmerzen - Eine offene, randomisierte, kontrollierte, klinische Studie

Dillner, A. (1), Brockow, T. (2), Franke, A. (2), Resch, K.L. (2)

(1) Klinikum Sachsenhof, Bad Elster, (2) Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Bad Elster

Gegenstand

Die subkutane CO_2-Gas-Insufflationstherapie (SCIT) ist ein serielles Behandlungsverfahren, welches bis heute in Mitteleuropa vor allem zur Schmerzkontrolle bei Kopfschmerzen, einschließlich Migräne, Erkrankungen des Bewegungsapparates und peripherer Verschlusskrankheit eingesetzt wird (Volkmer, 1991). Bis heute liegen für Affektionen des Bewegungsapparates nur Anwendungsbeobachtungen vor, wobei kurzfristige Erfolgsraten um 80 % angegeben werden (Großhans et al., 1987; Endres et al., 1991). Ziel der Studie war es, die analgetische Wirksamkeit der SCIT als additive Behandlungsmaßnahme zu einer physikalisch-rehabilitativen Standardtherapie bei Personen mit unspezifischen Nacken- und Rükkenschmerzen im Rahmen eines randomisierten klinischen Versuchs zu untersuchen.

Design

Randomisierte, kontrollierte, offene, klinische Studie.

Setting

Stationäre Rehabilitationsklinik.

Patienten

Alle neu angereisten Patienten mit unspezifischen Nacken- und Rückenschmerzen, einer Schmerzintensität größer 40 mm (Visuelle-Analog-Skala), einer Schmerzdauer größer 1 Monat und schriftlichem Einverständnis wurden in die Studie eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Personen mit maligner Erkrankung, Radikulärsyndrom, entzündlicher Erkrankung und Operation in der Behandlungsregion.

Intervention, Kointervention

Alle Patienten erhielten ein definiertes Spektrum physikalisch-rehabilitativer Interventionen in einer kurörtlichen Umgebung. Via telefonischer Hotline wurden die Patienten mittels einer Randomisierungsliste (Randomisation mit Blocklänge 20) entweder der Indexgruppe (10 befundorientierte Behandlungen über 12 Tage; Maximaldosis: 200 ml CO_2 s.c.) oder der ‚unbehandelten' Kontrollgruppe zugeordnet. Die Insufflationen würden von 2 Ärzten in ran-

domisierter Reihenfolge (Blocklänge 10) durchgeführt. Aus ethischen Gründen erhielten die Kontrollpersonen die Prüftherapie am Ende der Studie.

Primärer Zielparameter

Affektive und sensorische Schmerzempfindung (Schmerzempfindungsskala nach Geissner, 1996), Schmerzintensität. Die Ergebnismaße wurden vor der 1., nach der 5. und 10. Behandlung erhoben.

Statistik

Die statistische Analyse erfolgte mittels dreifaktorieller Varianzanalysen für Messwiederholungen (Gruppierungsfaktoren: „Behandlung“ und „Schmerzlokalisation“) unter Berücksichtigung von Kovariaten, die zuvor mittels multivariater Regressionsmodelle identifiziert wurden, nach dem Intention-to-treat-Prinzip. Das Studienprotokoll wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt.

Ergebnisse

Innerhalb von knapp 4 Monaten konnten insgesamt 149 Patienten rekrutiert werden. 140 Patienten wurden entsprechend der Selektionskriterien eingeschlossen. Die Gesamtstichprobe bestand aus 77 % (108/140) Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 65 ± 7 Jahre, die mittlere Schmerzintensität lag bei 63 ± 14.

Die Baseline-Charakteristika waren in beiden Gruppen gut balanciert. In 6 Fällen kam es in der 2. Studienhälfte zu Kontaminationen, eine Person verweigerte unmittelbar nach Randomisation die Studienteilnahme. Für alle 3 Outcome-Kriterien gestalteten sich die mittleren Differenzen (Baseline - Follow-up nach 12 Tagen) in der Indexguppe etwas ausgeprägter als in der Kontrollgruppe (affektives Schmerzempfinden: 8.5 ± 8.0 vs. 6.4 ± 10.2; sensorisches Schmerzempfinden: 3.9 ± 5.5 vs. 2.8 ± 5.7, Schmerzintensität: 26.1 ± 23.7 vs. 19.7 ± 21.7), statistisch signifikante Unterschied zwischen den Gruppen konnte jedoch nicht erhoben werden. Die Effektstärken zwischen den Gruppen erreichten nach 10 Behandlungen Werte zwischen 0.2 und 0.3. Die Lokalisation der Beschwerden hatte keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. In beiden Gruppen fanden sich über die Behandlungsperiode hinweg hoch signifikante Veränderungen mit Effektstärken zwischen 0.5 bis 1.1. Leichte Nebenwirkungen traten in einem Fall in der Kontrollgruppe (Kontamination) auf.

Diskussion

Auf der Basis dieser Untersuchung kann man bei älteren Personen mit unspezifischen Nakken und/oder Rückenschmerzen im Vergleich zu einer standardisierten physikalisch-rehabilitativen Therapie keine bedeutsamen zusätzlichen analgetischen Effekte durch den Einsatz der SCIT erwarten. Das Studienergebnis erlaubt jedoch keine Aussage darüber, ob die SCIT im Rahmen eines monotherapeutischen Settings, bei einer anderen Dosierung oder bei jüngeren Patienten wirksam ist.

Schlussfolgerung

Die analgetische Wirksamkeit der SCIT sollte im Rahmen eines monotherapeutischen Settings und/oder an einer jüngeren Population untersucht werden. Des Weiteren sind Dosis-Findungsstudien angezeigt.

Literatur

Endres, U., Callies, R. (1991): Schmerzänderung während einer 2wöchigen Therapieserie mittels CO_2-Gasinsufflation. Z Physiother 43, 46-49.

Geissner, E. (1996): Die Schmerzempfindungs-Skala (SES). Handanweisung. Göttingen: Hofgrefe.

Großhans, A., Gensch, H. (1987): CO_2-Gasinjektion - Indikation und Ergebnisse. Z ärztl Fortbild 81, 613-614.

Volkmer, E. (1991): Schmerzdämpfende Wirkung der subkutanen CO_2-Insufflationstherapie. Schmerzther Kolloquium 7, 8-9.

Besteht ein Zusammenhang zwischen kortikaler Reorganisation nach Armamputationen und dem Ausprägungsgrad von Phantomschmerzen? - eine fMRT-Studie

Adler, T. (1), Dettmers, C. (2), Brückner, L. (1), Weiller, C. (2)

(1) Moritz-Klinik, Bad Klosterlausnitz, (2) Neurologische Klinik, Jena

Ausgehend vom „Homunkulus"-Modell konnte mittels transkranieller Magnetenzphalographie - MEG (Knecht et al., 1998) und Positronenemissionstomographie - PET (Kew et al., 1994) ein Ausbreiten benachbarter Repräsentationsareale in das nach einer Amputation sozusagen „frei gewordene" Hirnareal nachgewiesen werden .

Flor und Mitarbeiter berichteten 1995 nach MEG-Untersuchungen über die Abhängigkeit der Stärke von Phantomschmerzen vom Ausmaß der Reorganisation des ZNS nach Armamputationen.

Rijntjes und Mitarbeiter beschrieben 1997 eine Ausdehnung des „Arm-Areals" ins „Gesichts-Areal" nach Facialisparese mit der Folge des Entstehens von Triggerzonen für sensible Sensationen des Armes auf der Haut des Gesichtes.

Wir wollten sehen, ob sich die Daten von Flor und Mitarbeitern, in unserem Patientenkollektiv mit neuer Methode (fMRT) auch nachweisen lassen, um Präventions- oder Behandlungsempfehlungen zur Linderung von Phantombeschwerden ableiten zu können.

Wir untersuchten 16 Armamputierte (12 Oberarmamputationen, 4 Unterarmamputationen) im Alter von 13 bis 69 Jahren, davon 2 Frauen und 14 Männer.

Die durchschnittliche Nachuntersuchungszeit nach der Amputation betrug 11 Jahre (1 Monat bis 38 Jahre) .

Die Mehrzahl der Patienten (10) wurde auf der dominanten rechten Seite amputiert, Doppeltamputierte wurden nicht gemessen .

Als Vergleichsgruppe dienten 6 „gesunde“ Personen.

Die fMRT-Untersuchungsebene befand sich zwischen 48 und 53 mm proximal der „AC-PC-Linie“ (gedachte Linie durch anteriore und posteriore Commissur) in der Höhe des Handareales des Menschen (Yousry et al., 1997).

Die Messungen wurden mit einem Philips-Gyroscan ACS II - MRT in Single slice FLASH - Technik durchgeführt.

Die Datenauswertung erfolgte mittels SPM 96 unter Verwendung eines Filters von 4 mm und einer Signifikanz von p= 0,001.

In Kenntnis der funktionellen Aufteilung des Sulcus centralis wurde bei den Armamputierten eine Ausbreitung des Gesichtsfeldes von kaudal und des Schulterareales von kranial in das „freigewordene" Handareal erwartet.

Folgende motorischen Aufgaben wurden entsprechend eingesetzt:

1. Fingertapping auf der nichtamputierten Seite, in der Kontrollgruppe rechts.
2. Lidschluss beider Augen gleichzeitig in der Frequenz von ca. 1 Hz.
3. Schulterbewegung in Form von geringer Anteflexion des gestreckten Armes beziehungsweise des Stumpfes von ca. 15 Grad aus der Ruheposition seitlich des Körpers in einer Frequenz von 1 Hz.

Die statistische Auswertung erfolgte jeweils gegen einen Ruhezustand ohne jegliche motorische Aktivität.

Die Kontrollgruppe zeigt jeweils mit „normaler" Aktivierung im Handareal contralateral zur bewegten Hand die richtige Höhenannahme des Handareales, beim Lidschluss wurden keine, bzw. in drei Fällen lediglich eine leichte Aktivierung im Handareal gesehen und die Schulterbewegungen erbrachten teilweise eine leichte Aktivierung der contralateralen Hemisphäre.

Die Gruppe der Amputierten zeigte ein „buntes Muster" an Kortexaktivitäten mit „aktiven" Hirnarealen im Sulcus centralis contralateral, als auch ipsilateral.

Am ausgeprägtesten imponierte die Ausdehnung der Schulterrepräsentationsareale in das ehemalige Handareal, teilweise überschritt die Aktivierungszone jegliche normale Ausbreitung. Wir werteten diesen Fakt als Verlust von „interhemisphärieller kortikaler Inhibition".

Im speziellen Fall einer frühen Amputation im 7. Lebensjahr fällt neben einem ausgedehnten Aktivierungsmuster eine Asymmetrie der Sulcus-Faltung mit Verlust der normalen Omega-Form des Handareales contralateral zur Amputationsseite auf, d.h., bei Amputationen im Kindesalter ist nicht nur eine „funktionelle" Plastizität sondern auch eine „strukturelle" Plastizität des Gehirns möglich. Weitere Untersuchungen dazu müssen noch endgültige Klarheit bringen.

Die Gegenüberstellung von Reorganisation in ihrem unterschiedlichen Ausmaß und dem Auftreten von Phantombeschwerden zeigt keinen signifikanten Zusammenhang.

Zusammenfassung

1. Nach Armamputationen sehen wir mit Hilfe von fMRT häufig ein ausgedehntes „Aktivierungsmuster“ im ehemaligen Arm-/Handareal des Sulcus centralis durch Ausdehnung benachbarter sensomotorischer Kortexareale. Dies erklärt sich u.a. durch den Verlust intracorticaler Inhibition.
2. Das ZNS von Patienten, die im Kindesalter amputiert wurden, hat scheinbar die Fähigkeit der strukturellen Anpassung der Hirnrinde an veränderte Aktivitätsbedingungen.

3. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Phantomschmerz und dem Ausprägungsgrad der kortikalen Reorganisation konnte bei unseren Untersuchungen im Gegensatz zu Flor und Mitarb. (1995) nicht gefunden werden.
4. Wir sahen bei Patienten und den Probanden der Kontrollgruppe jeweils ein individuelles Aktivierungsmuster, was letztlich die Schwierigkeit einer gruppenbezogenen Auswertung darstellt. Bevor weitere Erkenntnisse gewonnen werden können, muss vorläufig immer der Einzelfall betrachtet werden.

Literatur

Flor, H., Elbert, T., Knecht, S., Wienbruch, C., Pantev, C., Birbaumer, N., Larbig, W., Taub, E. (1995): Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganisation following arm amputation, Nature 375, 482-484.

Kew, J.J., Ridding, M.C., Rothwell, J.C., Passingham, R.E., Leigh, P.N., Sooriakumaran, S., Frackowiak, R.S., Brooks, D.J. (1994): Reorganization of cortical blood flow and transkranial magnetic stimulation maps in human subjects after upper limb amputation, J. Neurophysiol. 72 (5), 2517-2524.

Knecht, S., Henningsen, H., Höhling, C., Elbert, T., Flor, H., Pantev, C., Taub, E. (1998): Plasticity of plasticity? Changes in the pattern of perceptual correlates of reorganization after amputation, Brain 121, 717-724.

Rijntjes, M., Tegenthoff, M., Liepert, J., Leonhardt, G., Kotterba, S., Muller, S., Kiebel, S., Maliu, J.P., Diener, H.C., Weiller, C.: Cortical reorganization in patients with facial palsy, Ann. Neurol. 41 (5) 621-630.

Yousry, T.A., Schmid, U.D., Alkadhi, H., Schmidt, D., Peraud, A., Buettner, A., Winkler, P. (1997): Localization of the motor hand area to a knob on the precentral gyrus, Brain 120 141-157.

Effekte der stationären Schmerztherapie in der Edertal Klinik, Bad Wildungen - Einfluss von Rentenbedürftigkeit und Therapiemotivation

Lutz, R. (1), Schneider, J. (2)

(1) Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg, (2) Edertal Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Bad Wildungen-Reinhardshausen

Fragestellung

1. Führt die Schmerztherapie in der Edertal Klinik zu nachweisbaren Behandlungserfolgen?
2. Welchen Einfluss haben Moderatorvariablen wie Rentenbedürftigkeit und Motivation auf den Therapieerfolg?

Methode und Design

Stichprobe

In die Analyse gingen N=375 Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen ein, die zwischen sechs und acht Wochen stationär in der Edertal Klinik behandelt wurden.

Therapeutischer Ansatz

Der therapeutische Ansatz bestand aus einer Kombination aus folgenden Therapiebausteinen: Schmerzbewältigungstraining, Euthyme Therapie, Biofeedback mit Intensiventspannung, Problemlösegruppe, Kunst- und Gestaltungstherapie, therapeutische Einzelgespräche und balneo-physikalische Anwendungen.

Forschungsinventar

Es wurden ca. 60 allgemeine psychopathologische und salutogenetische sowie schmerzspezifische Skalen und weiterhin Variablen wie Rentenbedürftigkeit, Therapiemotivation, der Bezug von Rente etc. mit dem MUM (Marburger Untersuchungs-Instrumentarium, Lutz, R., 1999) erhoben. Die allgemein-psychopathologischen und salutogenetischen Skalen verteilen sich je zur Hälfte auf verhaltenszentrierte (vz) und personzentrierte (pz) Skalen. In einem vz-Item wird ein psychodiagnostischer Sachverhalt (Iteminhalt) verhaltensnah und situationsspezifisch dargestellt. (Bsp.-Item: 'Während der letzten Woche hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren'). In einem pz-Item wird der Iteminhalt dagegen als generelle Aussage zum Selbstkonzept erfasst. (Bsp.-Item: 'Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen').

Unabhängige und Moderatorvariablen

Messwiederholung (Therapiebeginn vs. Therapieende), Rentenbedürftigkeit (nicht rentenbedürftig vs. rentenbedürftig), Psychotherapiemotivation (Kovariate) und somatisch-medizinische Motivation (Kovariate).

Methode

Mehrfaktorielle Kovarianzanalyse, zweiseitige Testung: Messwiederholung x Rentenbedürftigkeit x Psychotherapiemotivation x somatisch-medizinische Motivation. Die Analysen wurden jeweils getrennt für verhaltenszentrierte (vz), personzentrierte (pz) und schmerzspezifische Skalen berechnet.

Ergebnisse

Haupteffekt Messwiederholung

Auf den verhaltenszentrierten (p=.001) Skalen zeigt sich ein signifikanter Effekt: Alle Patienten profitieren in verhaltensnahen Maßen von der Behandlung.

Haupteffekt Psychotherapiemotivation

Auf den verhaltenszentrierten (p=.002), den personzentrierten (p=.000) und den schmerzspezifischen (p=.000) Skalen zeigt sich ein signifikanter Effekt: Psychotherapiemotivierte Patienten weisen auf verhaltensnahen, auf personnahen und auf schmerzbezogenen Maßen insgesamt 'kränkere' Werte auf.

Haupteffekt somatisch-medizinische Motivation

Auf den verhaltenszentrierten (p=.001), den personzentrierten (p=.008) und den schmerzspezifischen (p=.000) Skalen zeigt sich ein signifikanter Effekt: Somatisch-medizinisch motivierte Patienten weisen auf verhaltensnahen, auf personnahen und auf schmerzbezogenen Maßen insgesamt 'gesündere' Werte auf.

Haupteffekt Rentenbedürftigkeit

Auf den verhaltenszentrierten (p=.000), den personzentrierten (p=.000) und den schmerzspezifischen (p=.000) Skalen zeigt sich ein signifikanter Effekt: Betrachten sich Patienten am Ende des stationären Aufenthaltes als rentenbedürftig, so weisen sie auf verhaltensnahen, auf personnahen und auf schmerzbezogenen Maßen insgesamt 'kränkere' Werte auf.

Wechselwirkung Messwiederholung x Psychotherapiemotivation

Auf den verhaltenszentrierten (p=.000), den personzentrierten (p=.030) und den schmerzspezifischen (p=.013) Skalen zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen Psychotherapiemotivation und Therapieerfolg: Patienten, die eine hohe Psychotherapiemotivation angeben, weisen auf verhaltensnahen, auf personnahen und auf schmerzbezogenen Maßen größere Behandlungserfolge auf als wenig psychotherapiemotivierte Patienten.

Wechselwirkung Messwiederholung x somatisch-medizinische Motivation

Auf den verhaltenszentrierten (p=.000) und den personzentrierten (p=.009) Skalen zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen somatisch-medizinischer Motivation und Therapieerfolg: Patienten, die eine hohe somatisch-medizinische Motivation angeben, weisen auf verhaltensnahen und auf personnahen Maßen geringere Behandlungserfolge auf als wenig somatisch-medizinisch motivierte Patienten.

Wechselwirkung Messwiederholung x Rentenbedürftigkeit

Auf den verhaltenszentrierten (p=.010) und den schmerzspezifischen (p=.030) Skalen zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen Rentenbedürftigkeit und Therapieerfolg: Schätzen Patienten sich am Therapieende als rentenbedürftig ein, so profitieren sie in ver-

haltensnahen und in schmerzbezogenen Maßen weniger von der stationären Therapie als Patienten, die sich als nicht-rentenbedürftig einschätzen.

Schlussfolgerungen

- Die untersuchte stationäre Behandlung ist erfolgreich.
- Moderatorvariablen wie Psychotherapiemotivation, Motivation zur somatisch-medizinischen Therapie und Rentenbedürftigkeit definieren zwei deutlich unterschiedlich erfolgreiche Patientengruppen. Voraussetzung für einen klinisch bedeutsamen Therapieerfolg ist eine ausgeprägte Motivation zur Psychotherapie, eine geringe somatisch-medizinische Motivation und die Selbsteinschätzung, nicht rentenbedürftig zu sein.
- Die Bewertung von Therapieerfolgsstudien hängt also wesentlich davon ab, welche spezifischen Patientenpopulationen untersucht wurden.
- Der Vergleich von Kliniken ist nur bei ähnlichen Patientengruppen angemessen.
- In Therapieevaluationsstudien sind für die adäquate Beschreibung von Therapieeffekten unterschiedliche Variablengruppen (vz, pz, störungsspezifisch) notwendig.
- In Therapieevaluationsstudien müssen zur näheren Beschreibung der Patientenstichproben Moderatorvariablen wie Motivation und Rentenbedürftigkeit erhoben werden.
- Die betroffenen Psychotherapeuten sollten sich zur eigenen Psychohygiene in Abhängigkeit von der Ausgangssituation der Patienten über realistische Therapieziele im klaren sein.

Literatur

Lutz, R., Schneider, J. (1977): Die Wahl des Messinstrumentes bestimmt das Ergebnis. In: Interdisziplinarität und Vernetzung. DRV Schriften ed. Vol. 11. (Eds: Schliehe, F., Schuntermann, F.) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt.

Lutz, R. (1999): MUM - Das Marburger Untersuchungsinstrumentarium. Unveröffentlichtes Manuskript.

Lutz, R. (1998): Indikatoren von Gesundheit und Krankheit: zur Bedeutung des Itemformats. In: Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. (Eds: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 85-99.

Das Rehabilitationssystem in Frankreich

Imbs, A.

Établisement de Cure Thermale, Morsbronn-les-Bains, Frankreich

Seit den gesetzlichen Regelungen vom 24.04.1996 hat das System der Rehabilitation in Frankreich - ebenso wie das ganze französische Krankenhaussystem - tiefgreifende Veränderungen erfahren.

Es sind vor allem zwei Dokumente, nämlich die „Gesundheitskarte“ und der „Regionale Organisationsplan der Gesundheit“ (Schéma Régional d’Organisation de la Santé - SROS), die definieren, wie das System funktioniert:

- nationaler Index von 0,3-0,5 (Reha-)Betten pro 1.000 Einwohner;
- Annäherung des Bettenangebotes an die großen Ballungszentren;
- Organisation von Behandlungsketten;
- Verbesserung der Qualität und der Sicherheit der Behandlung;
- der Kranke im Mittelpunkt der Klinik.

Die Rehabilitationseinrichtungen sind in der Mehrzahl der Fälle teilstationär konzipiert. Aufgrund der historischen Bedingungen liegen sie häufig abseits der großen städtischen Zentren und haben sich entsprechend den örtlichen Bedingungen und der Beziehungen entwikkelt, die zwischen dem medizinischen Personal der verschiedenen regionalen Krankenhäuser bestanden.

Gegenwärtig sind die Rehabilitationseinrichtungen auf verschiedenen Ebenen organisiert:

- Ausarbeitung eines Einrichtungskonzepts mit einer Definition der Aktivitäten der Einrichtung, ihres Kostenniveaus, ihrer Erfüllung der Forderungen aus dem SROS sowie der technischen Einrichtungen;
- Integration in Behandlungsketten vom Akutkrankenhaus über die Rehabilitation bis zur hausärztlichen Versorgung. Diese Behandlungsketten werden wahrscheinlich nach großen Diagnosegruppen strukturiert werden.
- Entwicklung von Alternativen zur vollstationären Hospitalisierung (Tages- oder Wochenaufenthalte etc.);
- Verhandlung über die Zielvereinbarung und die einzusetzenden Maßnahmen auf der Grundlage des Einrichtungskonzepts, seiner Akkreditierung sowie der realen Kosten, die das Budget der Einrichtung definieren.

Der Zugang zur Rehabilitationsbehandlung ist natürlich prinzipiell für jedermann offen; eine große Priorität wird aber den Personen eingeräumt, die aus der Behandlungskette stammen, d.h. nach einem Krankenhausaufenthalt zur Rehabilitation kommen (vergleichbar der AHB in Deutschland).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Rehabilitationseinrichtungen eine schwierige Ära beginnen, in der Strategie und Wettbewerb die Krankenhauslandschaft in den kommenden 10 Jahren tiefgreifend verändern werden.

Psychische Störungen in der orthopädischen Rehabilitation

Reuter, K. (1), Härter, M. (1), Bengel, J. (2), Wunsch, A. (2)

(1) Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg, (2) Albert-Ludwigs Universität, Psychologisches Institut, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Freiburg

Hintergrund

Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum zeigen, dass die Prävalenzraten psychischer Störungen bei Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungen zwischen 25 %– 60 % liegen (Burckhardt et al., 1994; Parker et al., 1997; Wells et al., 1988). Es kann daher für die orthopädische Rehabilitation davon ausgegangen werden, dass ein signifikanter Anteil der Patienten von psychischen Störungen (z.B. depressive Störungen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit) betroffen ist. Die präzise Erfassung der komorbiden psychischen Störungen hat wesentliche Implikationen für die Diagnostik, die rehabilitative Behandlung und den Verlauf der somatischen Erkrankung.

Zweck der Untersuchung

Ziel der Studie ist es erstens, reliable und valide Daten zur Prävalenz und zum Schweregrad komorbider psychischer Störungen bei Patienten in der orthopädischen Rehabilitation zu erhalten. Daraus soll die Indikation für rehabilitationspsychologische, psychiatrisch-psychotherapeutische und psychopharmakologische Leistungen in der orthopädischen Rehabilitation abgeleitet werden. Zweitens soll ein praktikables Methodeninventar getestet werden, welches sich zum Screening psychischer Störungen in diesem Versorgungsbereich eignet.

Methodik

Im Rahmen eines zweistufigen, klinisch-epidemiologischen Untersuchungsansatzes werden 800 Patienten in orthopädischen Rehabilitationskliniken zunächst schriftlich (Screening), mit international anerkannten Selbstbeurteilungsinstrumenten (GHQ-12, HADS, SF-36) zu ihrem psychischen Befinden befragt. Anschließend werden Patienten nach einem Stratifizierungsmodell der WHO für epidemiologische Studien zum standardisierten klinischen Interview (M-CIDI) ausgewählt.

Ergebnisse und Ausblick

Erste Ergebnisse zeigen eine signifikante Belastung der bisher 400 untersuchten Patienten durch psychische Beeinträchtigungen (bis zu 60 %). Bei 40 % der interviewten Patienten wurden aktuelle (6-Monats-Prävalenz) psychische Störungen diagnostiziert. Affektive Störungen und Angststörungen stehen dabei im Vordergrund. Die Ergebnisse unterstreichen

den Bedarf an psychischer Diagnostik sowie an psychiatrisch-psychotherapeutischen Maßnahmen in der Rehebilitation orthopädischer Patienten.

Literatur

Burkhardt, C.S., O`Reilly, C.A., Wiens, A.N., Clark, S.R., Campbell, S.M., Bennett, R.M. (1994): Assessing depression in fibromyalgie patients. Arthritis Care Research, 7, 35-39.

Parker, J.C., Wright, G.E. et al. (1997): Depression in arthritis and muskuloskeletal disorders. In: M.M.

Robertson, C.L.E. Katona (eds.): Depression and Physical Illness (pp. 377-390). Chichester u.a.O.: John Wiley & Sons.

Wells, K.B., Golding, J.M., Burnam, M.A. (1988): Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. American Journal of Psychiatry, 145, 976-981.

Funktionsdiagnostik der Skoliose - Ultraschalltopometrie versus klinische Funktionsuntersuchung

Smolenski, U.C. (1) Schwendler, B. (1), Loth, D. (1), Strobach, H. (2), Venbrocks, R. (2)

(1) Institut für Physiotherapie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Jena,
(2) Lehrstuhl für Orthopädie am Waldkrankenhaus „Rudolph Elle“ gGmbH, Eisenberg

Einleitung

Zur Beurteilung der Funktion wird zunehmend der eindimensionale Kausalitätsgrundsatz durch ein mehrdimensionales Evaluationsprinzip ersetzt. Über die bisher im wesentlichen praktizierte Erfassung und Beurteilung der strukturellen Veränderung als Ausgangspunkt für funktionelle Störungen werden heute zunehmend funktionelle Denkansätze und damit Methoden zur Bewertung von Strukturfolgen bzw. Krankheitsfolgen eingesetzt. Sie dienen der Erfassung und Beurteilung funktioneller Pathologien, komplexer bewegungsphysiologischer Abläufe und patientenzentrierter Outcomes.

Skoliosen sind fixierte Wirbelsäulenverbiegungen mit Ausbrechen aus der Lotlinie und Wirbeltorsionen. Dabei werden strukturelle Skoliosen von funktionellen (Störung der sensomotorischen Informationsverarbeitung) unterschieden. 90 % aller Skoliosen sind primär ideopatisch. Eine Vielzahl von Lokalisationen, Deformierungsformen und Kompensationsgraden sind in der Literatur beschrieben. Die klassische Diagnostik mit klinischer Untersuchung, Röntgenuntersuchung und klinischer Funktionsanalyse ist Ausgangspunkt für das weitere Therapiekonzept. Moderne Diagnostikverfahren wie die Skoliosevermessung mittels Zebris gestattet eine dreidimensionale Erfassung und Darstellung der Wirbelsäule im Raum auf der Basis der Ultraschalllaufzeitmessung. Dabei sind differente technische Messverfahren möglich, die sowohl die gesamte Vermessung der Wirbelsäule, als auch einzelner Wirbelkörper unter statischen Bedingungen im Raum und die funktionelle Bewegung in 3 Bewegungsebenen ermöglichen. Die Untersuchung ist nicht invasiv und ohne Strahlenbelastung. Insofern bietet dieses moderne Verfahren eine Alternative zur häufigen Röntgenkontrolle

und soll gleichzeitig zusätzliche Aussagen zur Bewegungsfunktion, perspektivisch auch in Verbindung mit muskulärer Aktivität erbringen.

Fragestellungen

1. Welche Veränderungen der Wirbelsäulenorientierungen im Raum sind in Ruhe und bei den Funktionen Ante-/Retroflektion, Seitneige, Rotation bei Patienten mit primärer Skoliose mittels Ultraschalltopometrie (Spine screen) erfassbar?
2. Wie ist die Intraraterreliabilität der Ultraschalltopometrie mittels Pointervermessung (Pointer Posture)?
3. Wie ist die Intraretareliabilität der dynamischen Ultraschalltopometrie (Pointer Mobility)?
4. Welche Beziehung besteht zwischen der 3-D-Funktionsanalyse der Wirbelsäule im Raum und dem muskulären und klinischen Funktionsbefund?

Methodik

Es wurden 30 Patienten untersucht, bei denen die Diagnose Skoliose gestellt wurde. Alle Patienten sind über Studienziele, den Untersuchungsablauf und die Messmethoden, sowie schriftlich, als auch mündlich aufgeklärt und gaben ihr schriftliches Einverständnis.

Im Rahmen der Studie erfolgte die Erfassung demografischer Daten sowie eine klassische, klinische Untersuchung unter Berücksichtigung der zu untersuchenden Abschnitte des Bewegungssystems. Entsprechende Einschlusskriterien sind definiert.

Die Vermessung der Wirbelsäulenform und des Bewegungsumfanges erfolgt mittels 3-D-Analyse der Firma Zebris (Zebris Coordinate Measurement System 50/CMS 50). Das Messsystem besteht aus einem stationären Messaufnehmer und mobilen Ultraschallsendern bzw. einem Taststipftpointer.

Nach der klinischen Untersuchung und der Muskelfunktionstestung erfolgte die Markierung der Dornfortsätze und Positionierung der Sender. Die Beurteilung der statischen Funktion erfolgte mittels „Pointer Posture – Messung“ (Schulter- und Beckenpunkte als Referenzebene) sowie einem 3maligen Abtasten der Dornfortsatzlinie sowie je 1maligen Abtasten rechts/links paravertebral. Zur Orientierung erfolgte Eingabe der Schulterblattspitzenpunkte und der Zusatzpunkte: C7, TH3, TH7, TH10, L1, L5, S1. Zur Beurteilung der Beweglichkeit erfolgte die „Pointer Mobility – Messung) als dreimalige Messwiederholung mittels Abtasten der Dornfortsdatzlinie in Ruheposition sowie Anteflexion / Retroflexion / Seitneige links / Seitneige rechts. Die statistische Bearbeitung erfolgt mittels t-Test nach Student, dem Intraclass-Korrelationskoeffizienten ICC und der Korrelationsanalyse.

Ergebnisse

Es können Aussagen zur Schulterebene in Bezug zur Beckenebene getroffen werden.

Die Skoliose ist in der dreidimensionalen Darstellung im Raum erfassbar und als Ergänzung zur klinischen Beurteilung zu verwenden. Spezielle Aussagen sind zu steilgestellten und funktionell hypomobilen Abschnitten möglich, die beste Darstellung erfolgt in der Sagittalebene. Die Beurteilung der Beweglichkeit und der Veränderung der Position in den Bewegungsebenen ist speziell bei Ante- und Retroflexion möglich. Dabei werden Teilbewegungen in der Reaktion zur Gesamtbewegung erfassbar und messbar.

Die Reliabilität der „Pointer posture – Messung“ ergibt gute Werte, die der “Pointer Mobility – Messung“ moderate bis gute Werte. Die Funktionsprüfungen und die Funktionsanalyse korrelieren mäßig miteinander. Es sind bisher keine Aussagen zum Kobb-Winkel möglich. Die Messungen der Rotationsfehlstellungen sind moderat reliabel.

Schlussfolgerung und Ausblick

Es handelt sich insgesamt um eine nichtinvasive und schmerzfreie Messung, die praktisch relativ gut ausführbar ist. Die Reliabilität ist gut, bedarf allerdings einer weiteren technischen Vervollkommnung sowohl der Messtechnik als auch der Auswertung. Das größte Problem stellt die Definition der entspannten Stehposition dar, Veränderung der re/li Belastung führen zur Veränderung der Position im Raum. Hinsichtlich der Korrelation zur Klinik sind weitere Untersuchungen notwendig, ebenso zur Bewertung der Muskelaktivität.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen jedoch den Einsatz der Methode in der Verlaufsbeurteilung und der Beurteilung therapeutischer Interventionen sinnvoll erscheinen.

Literatur

Drerup, B. (1993): Die Form der skoliotischen Wirbelsäule, Fischer Verlag, Stuttgart.

Hierholzer, E. (1993): Objektive Analyse der Rückenform von Skoliosepatienten, Fischer Verlag, Stuttgart.

Weiss, H.R. (1994): Wirbelsäulendeformitäten Bd. 3, Fischer Verlag, Stuttgart.

Weiss, H.R., Obeidi, N.L., Lohschmidt, K., Verres, C. (1998): Die automatische Oberflächenvermessung des Rumpfes - technische Fehler, Phys. Rehab. Kur Med. 8, 118–122.

Smolenski, U., Endres, G., Schreiber, T.U. (1998): 3-dimensionale Bewegungsfunktionsanalyse der Halswirbelsäule mit dem System Zebris - Standardisierung der Untersuchungsbedingungen, Phys. Rehab. Kur Med 8, 1– 4.

Buchalter, D. et al., (1998): Three-dimensional Spinal Motion Measurements. Part I, Journal of Spinal Disorders 4, 279-283.

Vogt, L., Banzer, W. (1997): Reproduzierbarkeit thorakaler und lumbaler Wirbelsäulenbewegungen mit der 3-D-Ultraschalltopometrie, Phys. Rehab. Kur Med. 7, 21-25.

Schreiber, U. (1994): Computerisiertes Messsystem (Zebris CMS 50) zur Bewegungsanalyse bei Patienten mit low back pain, In: Motodiagnostik Mototherapie II.

Sander, K., Layher, F., Disse, U. (1993): Dreidimensionale Bewegungsanalysen von Wirbelsäulen mit Hilfe des Messsystems CMS 100, Biomedizinische Technik, Bd. 38, Ergänzungsband, 335-336.

Layher, F., Sander, K. (1993): Der Einfluss der Wirbelsäulenmarkierung auf die Reproduzierbarkeit der Messergebnisse bei der 3-D-Bewegungsanalyse, Biomedizinische Technik, Bd. 38, Ergänzungsband, 369–370.

Einsatz des Keitel-Funktionstests zur Selbstmessung durch Patienten für ein postalisches Follow-up zur Evaluation mittelfristiger Reha-Effekte

Franke, A. (1), Reiner, L. (2), Franke, T. (1)

(1) Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Bad Elster, (2) Klinik Bad Brambach, Bad Brambach

Hintergrund

Zur Beurteilung mittelfristiger Reha-Effekte bei rheumatoider Arthritis (RA) ist es - den mehrdimensionalen Behandlungszielen entsprechend – informativ, neben Schmerzgeschehen, Entzündungsaktivität und Alltagsbeeinträchtigungen auch die Gelenkbeweglichkeit zu evaluieren. Dazu wurden die Teilnehmer an einer klinischen Studie im Laufe ihrer stationären Rehabilitation mit der Durchführung und Bewertung des Bewegungsfunktionstests (BFT) nach Keitel (1971) vertraut gemacht, dessen Konzeption an sich eine Testdurchführung durch medizinisch ausgebildetes Personal (Ärzte, Physiotherapeuten) vorsieht. Die messmethodische Güte dieser Selbsterhebungen wurde im Vergleich zur ärztlich überwachten Testdurchführung und dem parallel eingesetzten MOPO(AIMS)- Fragebogen (Jäckel, 1985) untersucht.

Patienten und Methoden

Die 60 Studienteilnehmer lernten in vier Untersuchungen, den BFT selbständig durchzuführen und ihre Beweglichkeit anhand der Testinstruktionen zu bewerten. Für jeden Untersuchungstermin wurden sowohl Arzt- als auch Patienten- BFT-Wert dokumentiert. Auftretende Bewertungsunterschiede wurden im Anschluss besprochen, um die Beurteilungskriterien anzugleichen. In zwei postalischen Nachbefragungen wurden u.a. der Patienten-BFT und der MOPO-Fragebogen erhoben.

Zur Konstruktvalidierung wurde die theoretisch zu erwartende Assoziation zum Gesamt-Score des MOPO, seinen Subskalen „Mobilität“, „körperliche Aktivität“ und „Geschicklichkeit“ sowie dem faktoranalytisch gewonnenen AIMS-Konstrukt, „physical function“ (Mason et al., 1988)) analysiert.

Außerdem wurden gemäß der a-priori Hypothese über die Veränderungen der Gelenkbeweglichkeit eine zunehmende Beweglichkeit während der Rehabilitation und ein gradueller Rückgang in der Nachbeobachtungsphase erwartet, die sich in den beobachteten Patienten-BFT-Werten widerspiegeln sollten.

Die Übereinstimmung zwischen ärztlicher und Patienteneinschätzung wurde anhand der Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Spearman sowie Intraclass-Korrelationskoeffizienten (Shrout et al., 1979) beurteilt, die jeweils unterschiedliche Assoziationsaspekte bewerten.

Ergebnisse

Zu allen 4 Messzeitpunkten während der Rehabilitation wurden niedrigere Patienten- als Arzt-BFT-Werte gemessen. Die Abweichungen waren auf obere und untere Extremitäten gleichmäßig verteilt und im Mittel gering (2,7...4,0 Punkte bei einem Wertebereich von 0...max.100 erreichbaren Punkten bei uneingeschränkter Beweglichkeit).

Die gemessenen Werte entsprachen der a-priori Hypothese über die Veränderungen der Gelenkbeweglichkeit im Beobachtungszeitraum.

Die Spearman-Korrelationen zwischen dem Patienten-BFT und den MOPO/AIMS-Werten lagen im Bereich von r = 0,70...0,82.

Bezüglich der Übereinstimmung von Arzt- und Patienten-BFT ergaben alle Analysen Korrelationen von $r \geq 0,9$. Auch die unteren Grenzen der 95 %-Konfidenzintervalle (0,78...0,88) wiesen die Selbstbewertung durch die Patienten als valide Schätzungen für die Arztbewertung aus. Das entsprechende lineare Regressionsmodell konnte 86 % der Varianz des Arzt-BFTs aufklären.

Schlussfolgerungen

Nach ausführlicher Instruktion der Patienten und Abstimmungen zu den Beurteilungskriterien ermöglichen selbsterhobene Patienten-BFT-Werte eine Beurteilung der Gelenkbeweglichkeit und stellen einen sehr guten Prädiktor für das ärztliche Scoring dar. Somit ist eine Beurteilung der Gelenkbeweglichkeit in der Nachbeobachtungsphase auch dann möglich, wenn nur auf postalischem Weg Daten erhoben werden können.

Literatur

Keitel, W., Hoffmann, H., Weber, G., Krieger, U. (1971): Ermittlung der prozentualen Funktionsverminderung der Gelenke durch einen Bewegungsfunktionstest in der Rheumatologie. Dt. Ges.wesen; 26, 1901-1903.

Jäckel, W., Cziske, R., Schochat, T., Jacobi, E. (1985): Messung der körperlichen Beeinträchtigung und der psychologischen Konsequenzen (patient outcome) bei rheumatoider Arthritis. Akt Rheumatol; 10, 43-52.

Mason, J.H., Anderson, J.J., Meenan, R.F. (1988): A model of health status for rheumatoid arthritis- a factor analysis of the Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis & Rheumatism; 31, 714-720.

Shrout, P.E., Fleiss, J.L. (1979): Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. Psychological Bulletin; 86, 420-428.

Anforderungen und Behandlungsziele der Physiotherapie nach konservativer Wirbelbruchbehandlung der Brust- und Lendenwirbelsäule

Fritsche, H.J.

MEDIAN Klinik, Bad Lausick

Die Ziele der Wirbelbruchbehandlung, sowohl konservativ als auch chirurgisch, sind immer die gleichen:

- Erhalt bzw. Wiederherstellung der Statik und Stabilität um eine
- frühe Patienten-Mobilisation durchführen zu können und letztendlich geht es um die
- Wiederherstellung einer schmerzfreien Funktion des Achsenorgans.

Zweck

Zweck der Untersuchung war, ein funktionelles Behandlungskonzept im engen Zusammenwirken zwischen Arzt und Krankengymnasten umzusetzen, wobei in jedem Einzelfall die Intensität der Physiotherapie sich nach dem durch die Fraktur erlittenen Verlust der Stabilität zu orientieren hatte. Von ärztlicher Seite wurde der Rahmen der Behandlung zur Wiederherstellung der Funktion der Wirbelsäule abgesteckt.

Methode

In den Jahren 1993 - 1999 wurden in der Reha-Klinik Bad Lausick 364 Patienten mit Frakturen an der BWS und LWS aus unterschiedlichen Einrichtungen stationär oder ambulant/teilstationär nachbehandelt.

238 Patienten, ca. 2/3 aller Frakturen, waren nicht operiert. Die krankengymnastische Therapie wurde der jeweiligen Situation in bezug auf Stabilitätskriterien angepasst. Zu berücksichtigen waren Art der Fraktur, Alter des Patienten, Trainingszustand der Muskulatur, Kräftezustand und Begleitverletzungen.

Anforderungen und Behandlungsziele der konservativ behandelten Frakturen sollen dargestellt werden.

Ergebnisse

Trotz der Fortschritte und Erfahrungen in der operativen Wirbelfrakturbehandlung wird der größte Teil der Brüche konservativ therapiert (Blauth et al., 1996).

Lokalisation und Klassifikation der konservativ behandelten Frakturen ergaben:

Der thorakolumbale Übergang ist auch in diesem Krankengut der am häufigsten verletzte Wirbelsäulenabschnitt. Im wesentlichen handelte es sich um die keilförmig deformierten Kompressionsfrakturen ohne relevante Zerreißung des hinteren Ligamentkomplexes, also A1- und A2-Frakturen. (Margerl, 1982; Harms, 1987). Bekanntlich stellen die A3-Verletzungen, die inkompletten Berstungs- und Berstungsspaltbrüche, die Grenze zwischen operativer und konservativer Behandlung dar. In unserem Krankengut betrug dieser Patientenanteil 9,7 %. 4,7 % waren B1- und B2-Verletzungen. Eine C1-Fraktur wurde später operativ stabilisiert.

Da alle physiotherapeutischen Maßnahmen mit einer Belastung der Wirbelsäule verbunden sind, hat sich die Intensität an dem Stabilitätsgrad zu orientieren.

Zwischen den beiden Grenzmarken Instabilität - Stabilität sind die Übergänge fließend. Für die krankengymnastische Begleit- und Nachbehandlung folgen daraus drei grundsätzliche Stabilitätsgrade: Lagerungsstabilität, Bewegungsstabilität und Belastungsstabilität.

Auch zwischen diesen existieren fließende Übergänge.

Das Behandlungsspektrum der Physiotherapie wurde anhand des „verordneten" Stabilitätsgrades ausgerichtet. Eine zeitliche Zuordnung in Form von Tagen, Wochen oder Monaten bei der Behandlung der Wirbelfraktur kann nicht gegeben werden. Dagegen ist die zeitliche Zuordnung für den Stabilitätsgrad einfach, erfordert jedoch die enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt. Jede biomechanisch und isometrisch fundierte Behandlungstechnik ist geeignet - sofern sie beherrscht wird - die vorgegebenen Behandlungsziele zu realisieren. Inhalte, wie sie in der Krankengymnastik nach Brunkow oder Vojta gefordert sind,

dürfen diesbezüglich als ideal bezeichnet werden, denn sie verbinden gerade in bezug auf die Wirbelsäule ein perfektes Prinzip der muskulären Spannung mit gleichzeitiger antagonistischer Gegenspannung in der bestmöglichen Wirbelsäulenaufrichtung. Spannung und Gegenspannung bedeuten dabei nicht nur Stabilität, sondern Muskeltonuskontrolle und ermöglichen ein perfektes Krafttraining. Nur in Ausnahmefällen, bei mehrsegmentalen oder mittleren bis schweren Kompressionsfrakturen, fortgeschrittener Osteoporose oder fehlender Patientencompliance, wurde die Versorgung mit einem Stützkorsett vorgenommen (Pizanis et al., 1997).

Schlussfolgerung

Das Ziel der weitgehenden Erhaltung der Funktion der geschädigten Wirbelsäule ist unabhängig davon, ob eine Aufrichtung oder eine operative Stabilisierung vorgenommen wird. Da die statischen Stabilisatoren, wie Knochen, Bandscheiben und ligamentäre Verbindungen einer physiotherapeutischen Behandlung nur bedingt zugänglich sind, muss Ziel der krankengymnastischen Behandlung das Training der Rückenstreck- und der ventralen Rumpfmuskulatur sein. Die Behandlungstechniken sollten besonders auch die tiefliegenden, autochthonen Muskeln erfassen, da diese, den einzelnen Segmenten zugeordnet, für die Stabilisierung der Wirbelsäule und Koordination von Bedeutung sind (Fritzsche, M. 1996).

Das apparative Training, das vorwiegend auf die Merkmale Kraft und Ausdauer gerichtet ist, kommt erst bei belastungsstabiler Fraktur zum Einsatz. Rückenschule sowie Krafttrainings- und Fitness-Programme lassen sich sowohl als taugliches Instrument der Rehabilitation als auch der Prävention auffassen. Es gilt die muskulären Stabilisatoren zu kräftigen, um als biologisches Stützkorsett zu wirken.

Anhand des ärztlich „verordneten" Stabilitätsgrades sollte jeder Physiotherapeut wissen, wie weit er sein Behandlungsspektrum am besagten Patienten anwenden kann.

Alles was verordnet wird, muss kontrolliert werden und unterliegt der Qualitätskontrolle - der Patient fühlt dadurch den Wert der Therapie und ist nicht allein gelassen.

Die Behandlung mit einem Stützkorsett ist bei konsequenter Verfolgung des Prinzips der funktionellen Behandlung entbehrlich.

Literatur

Blauth, M., Knop, C. (1996): Studie zur Therapie thorakolumbaler Frakturen. Hefte zu „Der Unfallchirurg", Heft 257, 479-483.

Fritsche, M. (1996): Neue Techniken in der Behandlung von WS-Störungen (fan techniques) Zeitschrift für Physiotherapeuten 48, 1229-1231.

Harms, J.: Klassifikation der BWS- und LWS Frakturen, Fortschr. Medizin 105: 545-548.

Magerl, F.: External skeletal fixation of the lower thoracic and lumbar spine. In: Uhthoff, H.K. (1982): Current concepts of external fixation of fractures: Springer Berlin Heidelberg, New York, 353-366.

Pizanis, A., Weyrich, J., Mutschler, W. (1997): Ergebnisse der Nachbehandlung von Fixateur interne-stabilisierten thorakolumbalen Wirbelsäulenfrakturen mit und ohne Korsett, Hefte zu „Der Unfallchirurg", Heft 268, 238-241.

Konzeption und Effektivität einer bewegungstherapeutischen Intervention bei chronisch kranken Erwachsenen in der stationären medizinischen Rehabilitation

Ellmers , T., Drüke, T.

Klinik Norddeich, Norddeich

Einleitung

Chronische Krankheitsverläufe führen häufig – unabhängig von der Grunderkrankung – zu gleichartigen Verhaltensmerkmalen wie sozialem und körperlichem Trainingsmangel, Medikamentenmißbrauch, zunehmender Passivität und Depression (Zielke et al., 1994).

Am Beispiel zweier Krankheitsgruppen: den orthopädischen Schmerzpatienten und dem chronischen Atemwegserkrankten werden Krankheitsverarbeitungsprozesse in der stationären Rehabilitation durch den Therapiebaustein Bewegungstherapie untersucht. Sie bietet sich als einzige Schnittstelle zweier unterschiedlicher Therapiekonzepte an und nimmt zudem prozentual den größten Stellenwert in beiden Behandlungsprogrammen ein.

Material und Methode

An 100 chronisch kranken Patienten der stationären Rehabilitation in den Indikationsgebieten Pneumologie und Orthopädie (je 50) wird die Effektivität eines krankengymnastischen und sporttherapeutischen Behandlungskonzeptes durch die Parameter Befindlichkeit, Krankheitsverarbeitung und Selbststeuerung überprüft. Die empirische Untersuchung wurde im Prä–Posttest–Design mit drei Befragungszeitpunkten über 9 Wochen durchgeführt. Zwischen Prä– und Posttest lag eine 3-wöchige Behandlungsphase bestehend aus Krankengymnastik, med. Aufbautraining (Ergometertraining und Sequenztrainingsgeräte) und einer indikationsspezifischen Gruppentherapie. Schließlich erfolgte ein postalischer Retest nach weiteren 6 Wochen .

Zur Effektivitätsprüfung der bewegungstherapeutischen Intervention werden in diesem Zusammenhang krankheitsbedingte psychische Belastungsfaktoren durch folgende Testbögen hinterfragt: einen Anamnesebogen, den Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) nach Muthny (1989) das Selbststeuerungsinventar (SSI-K) nach Kuhl/Fuhrmann (1997) sowie den mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) nach Steyer et al. (1994).

Ergebnisse

1. Im FKV zeigt sich eine signifikante Verbesserung in den Skalen „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „depressive Verarbeitung“ für beide Indikationsbereiche, die auch 6 Wochen nach der Rehamaßnahme anhielt. Den Skalen „aktives, problemorientiertes Coping, Religiösität und Bagatellisierung“ wird keine besondere Bedeutung beigemessen.
2. Die Skalen des SSI-K zeigen u.a. folgende Tendenzen: eine Verbesserung der Selbstregulierung, eine Verringerung des Energieverlustes bei Belastung und einen Abbau der allgemeinen Stressbelastung .

3. Anhand des MDBF zeigen sich vereinzelt niedrige Zusammenhänge mit den Skalen des FKV. Im Verlauf des Prä–Posttest–Design zeigt sich ferner eine anhaltend gesteigerte positive Stimmungstendenz.
4. Es fanden sich nur vereinzelt fachspezifische Unterschiede in den beiden untersuchten Krankheitsgruppen.

Diskussion

Die stationäre medizinische Rehabilitation hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Krankheitsfolgen für chronisch erkrankte Patienten, ihre Familie und die Gesellschaft zu minimieren; die Krankheit soll in ihrer Progredienz aufgehalten, und die Beeinträchtigungen vermindert werden durch Funktionsverbesserung, Verhaltensmodifikation und Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung.

Zwar ist noch ungeklärt, welche Copingstrategien geeignet bzw. ungeeignet sind, es zeichnet sich jedoch ab, dass emotionale, kognitive oder aktionale Anstrengungen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Die Bewegungstherapie als eine mögliche Bewältigungsstrategie verändert die Wahrnehmung von Schwere und Bedrohlichkeit einer Situation, modifiziert die Ergebnis– und Kompetenzerwartung und fördert somit die eigene Handlungsinitiierung, um den Abbau von gesundheitsschädlichen und Aufbau von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zu gewährleisten.

Bei der hier gewählten Form der Bewegungstherapie handelt es sich um eine Kombination aus Einzelkrankengymnastik und Sporttherapie. Während erstere primär funktionelle und defizitorientierte Ziele verfolgt geht der sporttherapeutische Ansatz darüber hinaus und integriert zusätzliche pädagogische und psychologische Ziele, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufzubauen, die den Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme überdauern (Reha–Kommission, 1991).

In den meisten Rehabilitationskonzepten somatischer Krankheitsbilder nimmt die Bewegungstherapie aus den genannten Gründen den prozentual größten Stellenwert ein.

In der vorliegenden Studie wird die Effektivität der Therapiemethode durch die Untersuchung krankheitsbedingter psychischer Belastungsfaktoren dargestellt.

Schlussfolgerungen

1. Die Bewegungstherapie stellt die prozentual am häufigsten genutzte Behandlungsform in der stationären Rehabilitation dar. Die vorliegende Studie belegt die Effektivität dieser Maßnahme durch standardisierte Testbogenerfassungen in den Parametern Krankheitsverarbeitung, Befindlichkeit und Selbststeuerung im Prä–Posttest–Design.
2. Die Bewegungstherapie im Rahmen eines 3–wöchigen, stationären Rehabilitationsverfahrens fördert neben der körperlichen Fitness auch den allgemeinen Stressabbau und verbessert die emotionale Stimmungslage sowie die Selbstregulation. Die Behandlungsform kombiniert auf ideale Weise funktionelle, pädagogische und psychologische Therapieansätze und vereint somit viele Ziele der derzeitigen Rehabilitationsdefinition.
3. Die positiven Effekte der Bewegungstherapie stellen sich unabhängig von der bestehenden Grunderkrankung ein – insbesondere fanden sich in den hier ausgewählten ortho-

pädischen und pneumologischen Patientengruppen nur geringfügige Ergebnisunterschiede.

Literatur

Kuhl, J., Fuhrmann, A. (1997): Selbststeuerungs–Inventar: SSI–K (Kurzversion) Universität Osnabrück.

Muthny, F.A. (1989): Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, Manual: Weinheim, Beltz Test GmbH.

Reha–Komission (1991): Abschlussberichte – Band III Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, VDR Frankfurt.

Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P., Eid, M. (1994): Theoretische Analysen des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens (MDBF), Diagnostica 40 (4), 320–328.

Zielke, M., Sturm, J. (1994): Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitspanoramas, in: Ziehlke/Sturm: Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim: PVU, 42–60.

Veränderungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Personen mit Dorsopathien 6 Monate vor und nach teilstationärer versus stationärer Rehabilitation[10]

Mau, W. (1), Merkesdal, S. (1), Bernitt, K. (1), Busche, T. (2), Bauer, J. (3)

(1) Arbeitsgruppe Epidemiologie und Rehabilitation, Medizinische Hochschule, Hannover, (2) Gesundheitszentrum, Hannover, (3) Parkklinik, Bad Rothenfelde

Ziele

Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gehören zu den wichtigsten Zielen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Vergleichende Untersuchungen mit prospektivem Design zum mittelfristigen Verlauf der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach teilstationärer und stationärer Rehabilitation von Personen mit orthopädischer Indikation liegen nicht vor. Deshalb sollen bei Probanden mit Dorsopathien für beide Rehabilitationsformen gegenübergestellt werden:

1. die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit (AU) vom Beginn (T1) bis zum Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnahme
2. Veränderungen der Arbeits-/Erwerbsfähigkeit 6 Monate vor und nach der Maßnahme
3. der Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit 6 Monate vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme.

Patienten und Methoden

111 konsekutive Patienten mit einer Dorsopathie in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (SR) wurden zu T1, T2 und 6 Monate nach Entlassung (T3) befragt. Sie wurden einer Gruppe von 95 Probanden aus einem Modellprojekt zur teilstationären Rehabilitation (TSR) (Mau et al., 1999, Merkesdal et al., 1999) gegenübergestellt, die hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung, Schmerzintensität und Funktionskapazität (Funktionsfragebogen Hannover) zu der SR-Gruppe parallelisiert wurde.

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden u.a. Daten zur Dauer und zum Grund der Arbeitsunfähigkeit 12 Monate vor T1 und zwischen T2 und T3 erfragt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde aus den Angaben vor T1 die AU-Dauer pro 6 Monate errechnet. Weiterhin wurde die AU zu T2 nach den Angaben der Rehabilitationsärzte dokumentiert. Veränderungen der Häufigkeiten von durchgehender Arbeitsfähigkeit vor T1 versus nach T2 wurden mit dem McNemar-Test geprüft.

Ergebnisse

Von den jeweils 36 zu T1 arbeitsunfähigen Patienten wurden zu T2 nach der SR 18 (50 %) und nach der TSR 19 (53 %) arbeitsfähig entlassen.

[10] Gefördert von der LVA Hannover

Nach beiden Rehabilitationsformen wurde eine signifikante Steigerung des Anteils der Personen ohne Arbeitsunfähigkeit zwischen T2 und T3 gegenüber dem Zeitraum vor T1 beobachtet: keine AU nach T2 52 % gegenüber 9 % vor T1 in der TSR ($p < 0{,}0001$), in der SR 54 % gegenüber 14 % ($p < 0{,}0001$). In der TSR betrug der Anteil von Personen ≥ 3 Wochen AU vor T1 59 % gegenüber 21 % zwischen T2 und T3, zusätzlich waren nach der Rehabilitation 9 % erwerbsunfähig berentet bzw. erwerbslos wegen der Erkrankung. Auch in der SR wurde eine Abnahme des Anteils von Personen mit ≥ 3 Wochen AU beobachtet: Vor T1 55 %, zwischen T2 und T3 21 % sowie zusätzlich 7 % mit Erwerbsunfähigkeit bzw. Aufgabe der Erwerbstätigkeit wegen der Erkrankung.

In beiden Rehabilitationsformen kamen alle Probanden mit Erwerbsunfähigkeit bzw. Aufgabe der Erwerbstätigkeit ohne Berentung (T2-T3) aus der Gruppe der Probanden, die vor T1 ≥ 3 Wochen AU hatten. Von den Personen mit ≥ 3 Wochen AU zwischen T2 und T3 betrug die AU-Dauer bei 75 % in der SR und bei 81 % in der TSR bereits vor T1 ≥ 3 Wochen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Insgesamt ist eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit 6 Monate nach dem medizinischen Rehabilitationsverfahren gegenüber dem vergleichbaren Zeitraum davor zu verzeichnen. Das entspricht den Trends, die von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bekannt sind und für die neben dem Effekt der Rehabilitation verschiedene andere Ursachen diskutiert wurden (Gerdes, 1993; Stallmann, 1996). Neu ist die Information, dass in allen dargestellten Bereichen zur Entwicklung der Arbeits-/Erwerbsfähigkeit nach diesen ersten Analysen zwischen teilstationärer und stationärer Rehabilitation keine wesentlichen Unterschiede zu verzeichnen waren. Zu diskutieren sind bei den noch kleinen Gruppen Einschränkungen der Matching-Möglichkeiten und damit der Vergleichbarkeit bei möglicherweise relevanten Parametern wie dem Einkommen. Deshalb sind weitere Analysen an größeren Kollektiven und alternative Verfahren zur Kontrolle von möglichen Unterschieden in quasi-experimentellen Designs bei nicht randomisierten Gruppen vorgesehen.

Literatur

Gerdes, N. (1993): Bewirken Reha-Maßnahmen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit? Eine Fall-Kontroll-Studie, Stuttgart, Thieme.

Mau, W., Merkesdal, S., Bernitt, K., Wilkens, G., Busche, T.: Ergebnisse eines Modellprojekts zur teilstationären orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitation der LVA Hannover. DRV-Schriften, Band 12, 256-258.

Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J., Mau, W. (1999): Zielorientierte Ergebnismessung bei stationärer oder teilstationärer orthopädisch-rheumatologischer Rehabilitation von Personen mit Dorsopathie. Rehabilitation; 38 Suppl.1, 37-43.

Stallmann, M. (1996): Statistisch-methodische Anmerkungen zum epidemiologischen Arbeitsunfähigkeitstrend. Gesundheitswesen; 58: 303-310.

Vergleich des sechsmonatigen Verlaufs nach stationärer und teilstationärer Rehabilitation an Hand des SF36 Health Survey bei Patienten mit Dorsopathien

Merkesdal, S. (1), Bernitt, K. (1), Bräuer, W. (1), Busche, T. (2), Bauer, J. (3), Mau, W. (1)

(1) Medizinische Hochschule, Hannover (2) Gesundheitszentrum, Hannover, (3) Parkklinik, Bad Rothenfelde

Ziel

Die Gegenüberstellung stationärer und teilstationärer Rehabilitation wurde bereits anhand verschiedener Methoden durchgeführt (Merkesdal et al., 1999; Haase et al., 1998; Muthny et al., 1997). Eine besondere Schwierigkeit besteht in der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Kollektive, z.B. durch Abweichungen sozialer Parameter. Um diese Unterschiede ausgleichen zu können wird eine Gegenüberstellung parallelisierter Kollektive durchgeführt. Die Veränderungen 6 Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme werden mit dem SF36 Health Survey (SF36) (Bullinger et al., 1998) erfasst.

Patienten und Methoden

Gegenübergestellt werden 150 Probanden (mittleres Alter 47 (±9) Jahre, 74 % Männer, Krankheitsdauer 10 (±9) Jahre) aus der stationären Rehabilitation der Parkklinik Bad Rothenfelde und 150 parallelisierte Rehabilitanden (Matching-Kriterien: Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Schulbildung, Rentenantrag, Funktionskapazität, Schmerzintensität) aus einem Modellprojekt teilstationärer Rehabilitation (Gesundheitszentrum Hannover). Eingeschlossen werden nur Rehabilitanden mit der Diagnose einer Dorsopathie, deren Kostenträger die LVA ist.

Es werden somatische und psychische Defizite anhand der acht Subskalen des SF36 bestimmt. Als Defizit wird eine Differenz von mehr als einer Standardabweichung von dem geschlechts -und altersspezifischen Normwert der betreffenden Subskala betrachtet. Zur Verlaufsbeurteilung werden die Effektstärken (ES) der Veränderung der SF-Subskalenwerte 6 Monate nach der Maßnahme für stationäre Rehabilitation (SR) und teilstationäre Rehabilitation (TSR) bei den Rehabilitanden verglichen, die ein entsprechendes Defizit aufweisen.

Ergebnisse

Die Häufigkeiten der ermittelten Defizite unterschieden sich in den Kollektiven nicht signifikant. Am häufigsten bestehen Defizite in den Bereichen „körperliche Schmerzen“ (SR: 94 %, TSR: 95 %) und „körperliche Rollenfunktion“ (SR: 78 %, TSR: 84 %) der SF-Subskalen. Hohe ES sind besonders bei den häufigsten Bereichen „körperliche Rollenfunktion“ (SR: 1,2; TSR: 1,7) und „körperlicher Schmerz“ (SR: 1,0; TSR: 1,1) erreicht worden, bei der „körperlichen Funktionsfähigkeit“ ist vergleichsweise jedoch nur wenig Verbesserung zu erreichen (SR: 0,3; TSR: 0,5). Auffällige Unterschiede zwischen den ES der beiden Rehabilitationsformen treten in den Subskalen „körperliche Rollenfunktion“ (s.o.) zugunsten der TSR und „psychisches Wohlbefinden“ (SR: 1,0; TSR: 0,5) zugunsten der SR auf. Die Unterschiede der ES zwischen SR und TSR sind nicht durch die Art und Anzahl der Therapiemaßnahmen zu erklären.

Diskussion

Die Anwendung des SF36 ermöglicht eine krankheitsübergreifende Bestimmung von Rehabilitationserfolgen sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich innerhalb der ICIDH II-Dimensionen „Körperfunktion“, „Aktivität/Leistung“ und „Partizipation“.

Die Diskrepanz der ES bei den Bereichen „körperliche Rollenfunktion“ und „körperlichen Funktionsfähigkeit“ zeigt, dass der Rehabilitationserfolg nicht allein durch Fragen zu alltäglichen Funktionen erschöpfend erfassbar ist. Eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität besteht auch darin, dass die Rehabilitanden lernen ihre Funktionspotentiale (wie sie mittels der SF-Subskala „körperlichen Rollenfunktion“ gemessen werden) besser zu nutzen.

Da Unterschiede der ES zwischen SR und TSR nicht durch die Art und Anzahl der Therapiemaßnahmen zu erklären sind, kommen andere Einflussgrößen in Frage.

Schlussfolgerungen

Mit mehreren Skalen des SF36 lassen sich in beiden Kollektiven relevante Verbesserungen nachweisen. Im Wesentlichen zeigt die Gegenüberstellung von TSR und SR übereinstimmende Ergebnisse. Der SF36 eignet sich zur Bestimmung von somatischen und psychischen Defiziten und zur Verlaufsdokumentation bei orthopädischer Rehabilitation. In weiteren Untersuchungen ist zu klären, inwieweit die Defizitermittlung anhand des SF36 bei der Definition und Verlaufsdokumentation von Rehabilitationszielen zum praktischen Einsatz kommen kann.

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen.

Haase, I., Winter, I., Burger, A., Jurda, R. (1998): Effectiveness of partial inpatient rehabilitation from the patient´s viewpoint. Results of an evaluation of a partial hospitalization model project at the Ichenhausen specialty clinic. Rehabilitation Stuttgart, 37, 1-6.

Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J., Mau, W. (1999): Zielorientierte Ergebnismessung bei stationärer oder teilstationärer orthopädisch-rheumatologischer Rehabilitation von Personen mit Dorsopathien. Die Rehabilitation 38, 1 Suppl., 37-43.

Muthny, F.A., Küchenmeister, U., Oberpennig, R.: Entscheidungsprozeß und Erfahrungen mit stationärer und teilstationärer Form - Ergebnisse einer externen Evaluation orthopädischer Rehabilitation. DRV-Schriften 11, 134-135.

Modellierung des klinischen Verlaufs chronischer Rückenschmerzen

Schweikert, B.

Universität Ulm, Abt. Gesundheitsökonomie, Ulm

Hintergrund und Fragestellung

Im Rahmen des Forschungsverbundes Ulm wird derzeit in einer Studie zu chronischen Rückenschmerzen die Kosten-Effektivität einer zusätzlichen intensivierten psychologischen Betreuung mit einer konventionellen Rehabilitation verglichen. Daten werden prospektiv für

einen Zeitraum von 6 Monaten nach der stationären Rehabilitation erhoben. Besonders für eine chronisch-rezidivierend verlaufende Erkrankung ist die Betrachtung über einen längeren Zeitraum sinnvoll. Hierzu wird eine Modellierung vorgeschlagen, die ausgehend vom Status bei Ende des Follow-up-Zeitraumes szenariengestützte Aussagen über die weitere Entwicklung des Gesundheitszustands in den beiden Therapiearmen ermöglichen soll.

Methodik

Der Modellrahmen ist ein Markomodell, da diese Art der Modellierung durch die explizite Berücksichtigung der Zeitkomponente sowie die Möglichkeit mehrmaliger Zustandswechsel besonders zur Beschreibung von chronischen und rezidivierenden Erkrankungen geeignet ist. Die Transitionszeit des Modells beträgt 6 Monate.

In Anlehnung an eine Klassifikation vor (Korff, 1994) und nach Sichtung entsprechender Verlaufsstudien wurden die 3 Krankheitszustände „schmerzfrei“, „transient“ und „häufige Schmerzen“ definiert. Für die Ableitung der Übergangswahrscheinlichkeiten wurde eine Literaturrecherche der Jahre 1990-99 durchgeführt. Ausgeschlossen wurden Studien, bei denen der Follow-up-Zeitraum zu kurz war, oder sich Ergebnisse für akute und chronische Fälle nicht unterscheiden ließen. Ergebnisse von neueren Verlaufsstudien für Patienten von Allgemeinpraxen aus den Niederlanden (van Tulder et al., 1996, van den Hoogen et al., 1997) und der USA (Carey et al. 1999) konnten ausgewertet werden.

Wahrscheinlichkeiten wurden aus gruppenspezifischen Häufigkeitsverteilungen, oder aus anderen gruppenspezifischen Ergebnissen wie Hazardraten abgeleitet. Die für den Krankheitsverlauf günstigeren Übergangswahrscheinlichkeiten wurde in einem „optimistischen“, die ungünstigen in einem „pessimistischen“ Szenario zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Tabelle zeigt, wie sich zwei fiktive Kohorten, die sich (bspw. aufgrund unterschiedlicher Therapieregime) in ihrer Anfangsverteilung unterscheiden, in vier Modellzyklen entwickeln. Bei zunehmender Modellzeit streben die Anteile gegen die Grenzverteilung, deren Existenz eine Charakteristik eines derartigen Markovmodells ist. Zur Validierung des Modells wurden die Anteile einer auf die beiden krankhaften Zustände gleich verteilten Kohorte mit dem Ergebnis einer im Modell nicht enthaltenen Verlaufsstudie verglichen (von Korff et al., 1993). Dieser Vergleich zeigt eine gute Übereinstimmung für die Anteile nach einem Jahr (2 Modellzyklen).

Diskussion

Einschränkungen der Aussagen des Modells ergeben sich aus einigen im Modell enthaltenen Annahmen.

Der uneinheitliche Modellrahmen der zugrundeliegenden Verlaufsstudien bei Datenerhebung, Population, dem Follow-up-Intervall, sowie der Definition von Krankheitszuständen führte hier zur Notwendigkeit Annahmen über die Vergleichbarkeit der betreffenden Populationen zu treffen. Durch die Unterscheidung zweier Szenarios sollte dieser Heterogenität Rechnung getragen werden.

Eine Berücksichtigung von Kovariablen findet in diesem Modell nicht statt. Zu vergleichende Kohorten unterscheiden sich lediglich in der Anfangsverteilung. Prinzipiell könnten zusätzliche Variablen in einem Markovmodell eingebaut werden, in dem die Übergangswahrschein-

lichkeiten von diesen abhängig gemacht werden. Die Verlaufsstudien wiesen andererseits nicht auf ein konsistentes Set von einzubeziehenden Variablen hin.

	Optimistisches Szenario							
	Kohorte A : 100% hfg Schmerzen				Kohorte B: Gleichverteilung, schmerzfrei und transient			
Zeit	schmerzfrei	transient	hfg. Schmerzen	Gesamt	schmerzfrei	transient	hfg. Schmerzen	Gesamt
t0	0	0	100	100	50	50	0	100
t1	9,5	58,5	32	100	37,5	40,5	22	100
t2	16	54,3	29,6	100	30,6	45	24,5	100
t3	19,4	52,1	28,4	100	27	47,3	25,7	100
t4	21,2	51	27,8	100	25,1	48,5	26,7	100

	Pessimistisches Szenario							
	Kohorte A : 100% hfg Schmerzen				Kohorte B: Gleichverteilung, schmerzfrei und transient			
Zeit	schmerzfrei	transient	hfg. Schmerzen	Gesamt	schmerzfrei	transient	hfg. Schmerzen	Gesamt
t0	0	0	100	100	50	50	0	100
t1	8,5	33,5	58,0	100	30,0	48,0	22,0	100
t2	12,5	42,3	45,1	100	21,7	46,8	31,5	100
t3	14,3	44,7	40,9	100	18,2	46,2	35,6	100
t4	15,1	45,4	39,5	100	16,7	45,9	37,3	100

Schlussfolgerung

Mit diesem Modell wurde der Versuch unternommen durch die Verdichtung der vorliegenden Information über den Verlauf von chronischen Rückenschmerzen ein Werkzeug zu entwickeln, das es erlauben sollte den Zeithorizont für die Aussagen von klinischen Studien zum Therapieerfolg alternativer Rehabilitationsansätze bei Rückenschmerztherapien zu erweitern. Das Modell konnte zumindest für einen Zeitraum von einem Jahr validiert werden. Nach der Verknüpfung der Zustände mit (noch zu ermittelnden) Kostendaten kann somit auch die Berechnung der Kosteneffektivität alternativer Behandlungen auf einen längeren Zeitraum ausgedehnt werden.

Literatur

Carey, T.S., Garrett, J.M., Jackman, A., Hadler, N. (1999): Recurrence and care seeking after acute back pain: results of a long-term follow-up study. North Carolina Back Pain Project, Med Care, Feb;37(2), 157-64.

van den Hoogen, H.J., Koes, B.W., Deville, W., van Eijk, J.T., Bouter, L.M. (1997): The prognosis of low back pain in general practice, Spine, Jul 1;22(13), 1515-21.
van Tulder, M.W., Koes, B.W., Bouter, L.M. (1996): Management of low back pain in primary care. A prospective study, in: Van Tulder; Koes BW, Bouter LM (eds.) Low back pain in primary care, Amsterdam Institute for Research in Extramural Medicine, 33-44.
Von Korff, M., Deyo, R.A., Cherkin, D., Barlow, W. (1993): Back pain in primary care. Outcomes at 1 year, Spine, Jun 1;18(7), 855-62.
Von Korff, M. (1994): Studying the natural history of back pain, Spine, Sep 15;19 (18 Suppl), 2041-2046.

Functional Restoration – Ein wirksames Rehabilitationskonzept bei chronischen Rückenschmerzen? Übersicht zu aktuellen Ergebnissen der Literatur

Haaf, H.G.

VDR, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Frankfurt

Hintergrund

In der Literatur wird Functional Restoration (FR) als erfolgversprechender Therapieansatz bei chronischen Rückenschmerzen diskutiert. Der Ansatz geht auf die amerikanische Arbeitsgruppe um Mayer zurück (Mayer et al., 1985; 1987) und zielt nicht primär auf Schmerzreduktion, sondern die Rückenschmerzpatienten sollen über eine aktivierende Therapie den Kreislauf von schmerzbedingter Passivität, sozialem Rückzug und damit einhergehender physischer und psychischer Dekonditionierung durchbrechen. Zielgruppe sind schwerst beeinträchtigte Patienten, bei denen bisherige Behandlungsversuche gescheitert sind. Ferner ist FR zu charakterisieren als arztgesteuertes, intensives, interdisziplinäres und individuelles Behandlungsprogramm. Mayer betont, dass das Konzept nur als Ganzes effektiv sein kann. Außerdem sei es kontraproduktiv, FR-Programme mit passiven Therapieelementen (z.B. Massagen) zu vermischen, da dadurch die Aktivierung der Patienten konterkariert werde.

Methodik

Es wurde eine systematische Literaturübersicht zu aktuellen Evaluationsstudien zur FR erstellt (u.a. Datenbanken MEDLINE, PSYCINFO, PSYNDEX).

Ergebnisse

Die ersten Evaluationsstudien erbrachten positive Ergebnisse u.a. mit beruflichen Reintegrationsraten von etwa 80 % nach einem Jahr (Mayer et al., 1987; Hazard et al., 1989; Burke et al., 1994). Jedoch wurden die Vergleichsgruppen mit Patienten, deren Krankenversicherung die Behandlung nicht bezahlte, sowie Therapieabbrechern gebildet. Hier lagen die Rückkehrraten nur bei etwa 40 %. Im Gegensatz dazu kehrten in einer randomisierten amerikanischen Studie sowohl in der FR-Gruppe als auch in der herkömmlich behandelten Kontrollgruppe etwa 80 % der Patienten in den Beruf zurück (Mitchell et al., 1994). Zwei randomisierte Studien einer dänischen Arbeitsgruppe erbrachten positive Ergebnisse der

FR bei gesundheitsbezogenen Parametern auch bei einem längerfristigen Follow-up (Bendix et al., 1998).

In Deutschland evaluierten Hildebrandt und Mitarbeiter (1994, 1996) in zwei Studien ein ambulantes FR-Konzept mit einem Studienansatz ohne Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten ergaben sich positive Resultate für Schmerzintensität, körperliche Kraft, Wirbelsäulenbeweglichkeit, psychische Befindlichkeit sowie kostenrelevante Merkmale, wie Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arztbesuche. Diese Effekte blieben auch über zwölf Monate weitgehend stabil (Hildebrandt et al., 1996). In einer kontrollierten Studie verglichen Stier et al. (1999) in einer Rehabilitationsklinik einen FR-Ansatz mit der traditionellen Therapie. In beiden Studiengruppen zeigte sich nach der Rehabilitation eine Besserung. Der FR-Ansatz erwies sich nur tendenziell als überlegen.

In einer schweizerischer Multicenter-Studie erbrachte sowohl ein traditionelles Reha-Konzept als auch der FR-Ansatz eine deutliche Besserung der Schmerzen, der Funktionseinschränkungen und der psychischen Befindlichkeit (Keel et al., 1996). Bezogen auf die subjektive berufliche Leistungsfähigkeit war das FR-Konzept nach einem Jahr überlegen. Eine finnische Studie mit quasi-experimentellem Design ergab eine Verbesserung der psychomotorischen Geschwindigkeit und Kontrolle der Körperhaltung, die auch noch fünf Monate nach der Rehabilitation nachweisbar war (Luoto et al., 1996).

Darüber hinaus finden sich in der Literatur weitere 13 Studien ohne Kontrollgruppe, die sich in verschiedenen Kontexten mit der Wirksamkeit der FR beschäftigten. Dabei berichten zwölf Untersuchungen über weitgehend positive Ergebnisse. Lediglich in einer norwegischen Studie war die Wirksamkeit eines eingeschränkten Programms gering.

Diskussion

Die positive Einschätzung des FR-Konzeptes in der Literatur stützt sich weiterhin überwiegend auf nicht kontrollierte Studien. Eine ausreichende Zahl von randomisierten Studien steht noch aus. Die drei bisher durchgeführten Untersuchungen erbrachten widersprüchliche Ergebnisse.

Bei der Bewertung der Studienergebnisse und der weiteren Evaluation ist insbesondere darauf zu achten, inwieweit der ursprüngliche FR-Ansatz beibehalten wird, da sonst seine Wirksamkeit unterschätzt werden könnte.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Gerade die in Deutschland überwiegend stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wären für das therapeutisch anspruchsvolle FR-Konzept besonders geeignet. Allerdings kann aufgrund der Ergebnisse eine vorbehaltlose Übernahme des Ansatzes noch nicht empfohlen werden. Außerdem wird von Klinikern darüber berichtet, dass die Rehabilitanden dem Therapiekonzept eher skeptisch gegen überstehen.

Literatur

Bendix, A.F., Bendix, T., Haestrup, C., Busch, E. (1998): A prospective, randomised 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients. European spine journal, 7, 2, 111-119.

Burke, S.A., Harms-Constans, C.K., Aden, P.S. (1994): Return to work/work retention outcomes of a functional restoration program. Spine, 19, 1880-1886.

Hazard, R.G., Fenwick, J.W., Kalisch, S.M. et al. (1989): Functional restoration with behavioural support: A one year prospective study of patients with chronic low back pain. Spine, 14 (2), 157-161.

Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Ensink, F.B. et al. (1994): Die Behandlung chronischer Rükkenschmerzen durch ein ambulantes Rehabilitationsprogramm. Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 4, 161-168.

Hildebrandt, J., Pfingsten, M. (1996): Multimodale Therapie chronischer Rückenschmerzen. Münchner Medizinische Wochenschrift 1996, 138, 576-579.

Keel, P., Perini, Ch., Schütz-Petitjean, D. (1996): Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege. EULAR Verlag, Basel.

Luoto, S., Taimela, S., Hurri, H. et al. (1996): Psychomotor speed and postural control in chronic low back pain patients. A controlled follow-up study. Spine 21 (22), 2621-2627.

Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Kishino et al. (1985): Objective Assessment of Spine Function Following Industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. Spine 10 (6), 482-493.

Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Mayer, H. et al. (1987): A prospective two year study of functional restoration in industrial low back injury: an objective assessment procedure. Journal of the American Medical Association, 258 (13), 1763-1767.

Mitchell, R.I., Carmen, G.M. (1994): The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. Spine, 19 (6), 633-642.

Stier, R., Gerdes, N., Jäckel W.H. (1999): „Rekonditionierung in Gruppen“ als Therapiekonzept in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen. In: Schliehe & Schuntermann (Hrsg.). Reha-Bedarf - Effektivität - Ökonomie. Tagungsband zum 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 317-318, Bad Homburg: Wirtschaftsdienstverlag.

Stellungssinn und Kraftsinn beim Tragen lumbaler Stützbandagen

Pfeifer, K., Vogt, L., Klingler, J., Ruhleder, M., Banzer, W.

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Sportwissenschaften, Frankfurt

Für Patienten mit chronischen Instabilitäten im Bereich der Lendenwirbelsäule werden häufig lumbale Stützbandagen empfohlen, von denen man sich eine Stabilisierung des betroffenen Bereiches verspricht. Aus Untersuchungen an Knie- oder Sprunggelenk (McNair et al., 1996) ist bekannt, dass das Tragen von Orthesen weniger zu einer mechanischen Stabilisierung als vielmehr zu einer verbesserten Propriozeption im Sinne eines verbesserten Stellungs- und Bewegungssinns beiträgt. Die durch die Orthese induzierten zusätzlichen afferenten Informationen tragen somit zu einer verbesserten aktiven Stabilisierung der Gelenke bei. Vor dem Hintergrund der von Panjabi (1992) dargestellten Instabilitätshypothese wurde daher vermutet, dass auch lumbale Stützbandagen zu einer Verbesserung propriozeptiver Fähigkeiten beitragen können. Ziel der vorliegenden Studie war es, Veränderungen

von Stellungssinn und Kraftsinn rückengesunder Probanden beim Tragen einer lumbalen Stützorthese zu ermitteln.

Methodik

An der Untersuchung nahmen 21 gesunde Probanden teil (w=10, m=11, Alter: 22-38 Jahre). Zur Ermittlung des Kraftsinns wurde die isometrische Maximalkraft der Rückenstrecker in einer standardisierten Position (ASYS®) gemessen. Anschließend war es Aufgabe der Probanden Kraftwerte von 33 % und 66 % ihrer Maximalkraft jeweils ohne (33O, 66O) und mit Orthese (33M, 66M) zu reproduzieren. Die Reproduktionsaufgaben wurden mehrfach geübt und mit ausreichenden Pausen jeweils 10 mal für jede Bedingung durchgeführt. Zur Ermittlung des Stellungssinns wurden Winkelreproduktionsaufgaben im Sitz auf einem Kniestuhl durchgeführt. Die Probanden übten vor jeder Bedingung (20° und 40° jeweils mit und ohne Orthese) die Einnahme der Rumpfvorlage, die dann jeweils 10 mal reproduziert werden sollte. Die Winkel wurden mit einem elektronischen Lagesensor ermittelt (BIOVISION®). Die Reihenfolge der Untersuchungsbedingungen war über alle Probanden ausbalanciert (4! Möglichkeiten).

Ergebnisse

Die relativen Abweichungen vom Zielwert bei der Kraftreproduktion betrugen für 33O: 18.8 % ± 9.4, für 33M: 18.0 % ± 13, für 66O: 12.7 % ± 8 und für 66M: 13.5 % ± 6.1. Die Abweichungen bei den Winkelreproduktionsaufgaben betrugen für 20O: 3.8° ± 2.5, für 20M: 5.1° ± 3.4, für 40O: 5.7° ± 3.7 und für 40M: 4.0° ± 2.3. T-Tests für abhängige Stichproben ergaben jeweils signifikante Unterschieden zwischen den Bedingungen mit und ohne Orthese ($p < .001$).

Diskussion

Die Untersuchung liefert über alle Bedingungen keine eindeutig hypothesenkonformen Ergebnisse. Die Einstellung der Kraftvorgabe gelingt bei 33 % der Maximalkraft mit Orthese signifikant besser und bestätigt den erwarteten Einfluss. Der gegenteilige Effekt bei 66 % der Maximalkraft ist möglicherweise auf Ermüdungseffekte innerhalb der Versuchsbedingungen zurückzuführen. Die verbesserte Winkelreproduktion mit Orthese bei 40° Rumpfvorlagewinkel kann durch eine größerer Relevanz eines erhöhten afferenten Informationsangebots bei großen Bewegungsamplituden erklärt werden. Die gegenläufige Ergebnis bei 20° Rumpfvorlage wird dadurch nicht erklärt und bedarf weiterer Prüfung.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Untersuchung liefert wichtige Informationen zu Effekten lumbaler Stützbandagen sowie für die Planung weiterer Studien zur sensomotorischen Kontrolle von Patienten mit lumbalen Instabilitäten und zu Effekten bewegungsbezogener Interventionen.

Literatur

McNair, P.J., Stanley, S.N., Strauss, G.R. (1996): Knee bracing: Effects on proprioception. Arch Phys Med Rehabil 77, 287-289.

Panjabi, M.M. (1992): The stabilizing system of the spine. Journal of Spinal Disorders 4, 383-397.

Rehabilitation nach Hüftgelenkoperationen führt zu besseren *health outcomes*

Bitzer, E.M., Dörning, H., Schwartz, F.W.

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover

Hintergrund

In Kooperation mit der Gmünder Ersatzkasse (GEK) wurden bei Personen ab dem 40. Lebensjahr Determinanten des kurz- und mittelfristigen Erfolgs von Hüftgelenkoperationen in der Routineversorgung unter Einbeziehung subjektiv wahrgenommener Veränderungen im indikationsspezifischen Beschwerdeniveau und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersucht.

Methodik

Im September 1997 wurden alle Versicherten der GEK (Alter: 40-75 Jahre), die sich in stationärer Behandlung mit der Hauptdiagnose "Osteoarthrose" (n=1325) befanden, durchschnittlich 5,2 Monate (T1) und 17,2 Monate (T2) postoperativ mit einem standardisierten indikationsspezifischen Fragebogen schriftlich befragt. Der Fragebogen umfasst u.a. die Aspekte „prä- und postoperative subjektive Einschätzung des Beschwerdegrades (Lequesne-Index)" „Komplikationen" „Entlassung: Reha/nach Hause" sowie „gesundheitsbezogene Lebensqualität" (SF-36). Der Rücklauf zu T1 betrug 67,8 %. Berücksichtigt (und zu T2 erneut angeschrieben) wurden nur Patienten, die am Hüftgelenk operiert wurden (n=390). Nach zwei Erhebungszeitpunkten liegen auswertbare Fragebögen von 293 Patienten nach Hüftgelenkoperationen vor. Vorgestellt werden deskriptive und multivariate Analysen (GSK-Ansatz; Küchler, 1979) zu Determinanten des indikationsspezifischen Beschwerdeniveaus im zeitlichen Verlauf.

Ergebnisse

Die Patienten (57,6 % Männer) sind im Durchschnitt 61 Jahre alt. 61,2 % sind frei von Begleiterkrankungen, 88,4 % der Patienten erhielten ein künstliches Hüftgelenk. 70,6 % wurden nach dem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme entlassen. Ein Drittel der Patienten (30,3 %) berichtet über mindestens eine Komplikation. In der Untersuchungspopulation beträgt der indikationsspezifische Gesamtbeeinträchtigungswert (gemessen mit dem Lequesne-Index) zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten: (erinnert) präoperativ: 14,2 Punkte, T1: 5,6, T2: 4,4.

Die statistisch signifikante Abnahme der indikationsspezifischen Beschwerden über die Zeit bestätigt sich auch im multivariaten Kontext (geschätzte Werte: präoperativ: 13,8; T1: 6,9; T2: 5,7), wobei das Ergebnis durch einen Interaktionseffekt zwischen den Merkmalen „Höhe des Beschwerdeniveaus" und „Entlassung" modifiziert wird. So wird deutlich, dass bei der Befragtengruppe, die nach der Hüftgelenkoperation direkt nach Hause entlassen wurde, der

(erinnerte) präoperative Beschwerdewert nach der Modellschätzung durchschnittlich 13,3 beträgt sowie zu T1 eine Abnahme auf einen Wert von 6,9 und zu T2 ein weiteres Absinken auf 6,2 zu verzeichnen ist. Im Gegensatz dazu nimmt in der Patientengruppe, die nach der stationären Akutbehandlung in eine Rehabilitationsmaßnahme überwiesen wurde, der Beschwerdewert von 14,3 (präoperativ), über 6,9 (T1) auf 5,2 ab (T2). D.h., dass die Patientengruppe, die in eine Rehabilitationsmaßnahme überwiesen wurde, nicht nur ein höheres präoperatives Beschwerdeniveau aufweist, sondern auch, dass bei diesen Befragten bereits kurzfristig eine deutlichere Reduktion der krankheitsspezifischen Beschwerden nachweisbar ist (um 7,4 Punkte) als bei der Subgruppe, die direkt nach Hause entlassen wurde (um 6,4 Punkte). Dieser Effekt einer stärkeren Abnahme der Beschwerden in der Gruppe mit Anschlussrehabilitation setzt sich dabei auch mittelfristig fort (Entlassung in Rehabilitationseinrichtung: um 9,1 Punkte; Entlassung nach Hause: um 7,1 Punkte).

Schlussfolgerungen

Für ein gutes kurz- und mittelfristiges Ergebnis von Hüftgelenkoperationen sind Aspekte der Nachbehandlung von zentraler Bedeutung: Die vorgestellten Ergebnisse belegen, dass Patienten nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei den indikationsspezifischen Beschwerden substantiell bessere Ergebnisse erreichen als Patienten, die nach der Operation direkt nach Hause entlassen wurden. Diese Ergebnisse zeigen sich auch für die drei relevanten SF-36 Subskalen „körperliche Funktionsfähigkeit", „Schmerz" und „körperliche Rollenfunktion" (hier nicht dargestellt).

Die Analysen zum Lequesne-Index bestätigen zudem die Ergebnisse einer Studie von Munin et al. (1995), dass Patienten, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, vor dem operativen Eingriff höhere Einschränkungen aufweisen als Patienten, die direkt nach Hause entlassen werden. Unseres Wissens liegt gegenwärtig keine Studie vor, die sich explizit mit der Rolle der poststationären Behandlung und Rehabilitation nach Hüftgelenkoperationen beschäftigt und dabei auch Charakteristika des stationären Aufenthaltes berücksichtigt (Lühmann et al., 1999).

Literatur

Küchler, M. (1979): Der GSK-Ansatz. In: Küchler M. Multivariate Analyseverfahren. Stuttgart:Teubner, 154-210.

Lühmann, D., Hauschild, B., Raspe, H. In: Schwartz, F.W., Köbberling, H., Raspe, H., Schulenburg v. d. Graf J.M. (Hrsg.) (in press): Hüftendoprothetik bei Osteoarthrose - Eine Verfahrensbewertung. Schriftenreihe Health Technology Assessment. Baden-Baden: Nomos.

Munin, M.C., Kwoh, C.K., Glynn, N. et al. (1995): Predicting discharge outcome after elective hip and knee arthroplasty. Am J Phys Med Rehabil. 74(4), 294-301.

Diagnostische Wertigkeit der Hüftsonographie nach Alloarthroplastik des Hüftgelenkes

Kausch, T., Frank, A., Peters, K.M.

Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht

Nach Alloarthroplastik des Hüftgelenkes können in der Rehabilitationsphase verschiedenste Komplikationen auftreten. Hierzu gehören einerseits entzündliche Veränderungen in den Weichteilen oder den periendoprothetischen Strukturen, Subluxations- und Luxationsphänome im Bereich der Prothese, ausgedehnte Hämatome oder auch Serome im Operationsgebiet und heterotope periartikuläre Ossifikationen.

Während Luxations- und Subluxationsphänome röntgenologisch gut nachweisbar sind, entziehen sich die Veränderungen der Weichteile dem röntgenologischen Nachweis. Auch periartikuläre Ossifikationen sind oft sechs Wochen postoperativ röntgenologisch noch nicht erkennbar (Eulert, 1997).

Um die Wertigkeit der Hüftsonographie nach Alloarthroplastik des Hüftgelenkes zu untersuchen haben wir 250 Patienten klinisch, sonographisch und röntgenologisch drei und sechs Wochen postoperativ untersucht. Hierbei ließen sich zahlreiche Veränderungen insbesondere in der sonographischen Untersuchung nachweisen:

Heterotope Ossifikationen fanden sich in 17 % der untersuchten Patienten schon in der Drei-Wochen-Kontrolle, in 23 % der untersuchten Patienten in Sechs-Wochen-Kontrolle. Hier war die sonographische Untersuchung der Röntgenkontrolle des Hüftgelenkes deutlich überlegen. Weiterhin konnte in vier Fällen ein Frühinfekt im Bereich der Hüftendoprothese durch die sonographische Untersuchung aufgedeckt werden. Hierbei zeigten zwei Fälle den Infekt lediglich im Bereich der Weichteile und eine lokale Sanierung war im Rahmen der Rehabilitation möglich.

Weitere, häufig anzutreffende Befunde waren ausgedehnte Serome oder Hämatome im Wundbereich. Hier ließ sich durch konservative Behandlung, teilweise auch durch Punktionen eine deutliche Reduktion der Flüssigkeitsansammlungen erreichen.

Mit der Sonographie des Hüftgelenkes steht eine einfache, reproduzierbare Methode ohne Strahlenbelastung zur frühzeitigen Untersuchung nach Alloarthroplastik des Hüftgelenkes zur Verfügung. Aufgrund unserer Untersuchung zeigt sich zudem die Überlegenheit der Sonographie des Hüftgelenkes gegenüber der konventionellen Röntgendiagnostik bei der Früherkennung heterotoper Ossifikationen (Mc Ateer, 1990; Thomas, 1991; Grechenig, 1996). Die Sonographie sollte deswegen als bildgebendes Verfahren der ersten Wahl bei Auftreten von Problemen im periartikulären Bereich nach Hüftgelenksendoprothetik angewandt werden.

Literatur

Eulert, J., Knelles, D., Barthel, T. (1997): Heterotope Ossifikationen. Orthopäde 26, 399–406.

Grechenig, W., Fellinger, M., Passler, J., Clement, H.G. (1996): Stellenwert der Sonographie in der Diagnostik posttraumatischer, heterotoper Ossifikationen. Biomed. Technik 41, 273–277.

McAteer et al. (1990): Ultrasonic appearances of early changes in fibrodysplasia ossificans progressiva. Brit. J. Rad. 63, 809–812.
Thomas, E., Cassar-Pullicino, V., Mc Call, I. (1991): The role of ultrasound in the early diagnosis and management of heterotopic bone formation. Clinical Radiology 43, 190–196.

Prädiktoren der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges - bei Patienten mit Kniegelenkersatz

Haase, I. (1), Albrecht, C. (2), Swoboda, B. (3), Kladny, B. (2)

(1) Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen, (2) Fachklinik, Herzogenaurach, (3) Orthopädische Universitätsklinik, Erlangen

Hintergrund und Zweck

In der Behandlung degenerativer Erkrankungen des Kniegelenks hat die Endoprothetik mittlerweile eine große Bedeutung erlangt (Rissanen, 1996; Albrecht, 1998). Der Behandlungserfolg ist durch operativen Gelenkersatz allein noch nicht gesichert, sondern hängt nicht zuletzt von der Qualität der anschließenden rehabilitativen Maßnahmen ab (Ryu et al., 1993; Sparmann et al., 1996). Ein wesentliches Ziel orthopädischer Rehabilitation nach alloplastischem Kniegelenkersatz ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gehfähigkeit und die Schmerzreduktion. Ziel unserer Studie war es, Prädiktoren für ein diesbezüglich nachhaltiges Rehabilitationsergebnis zu ermitteln.

Methodik

Im Rahmen einer prospektiven Studie sind soziodemographische, medizinische und alltagsbezogene Parameter für 182 Rehabilitanden nach alloplastischem Kniegelenkersatz, die zwischen April und September 1997 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen haben, bei Aufnahme und Entlassung mit Hilfe des Hospital for Special Surgery Scores (HSS; Insall et al., 1976) ausführlich dokumentiert worden. Soweit die Items die Zielgrößen Gehfähigkeit und Schmerzsituation betreffen, wurden sie in einen schriftlichen Patientenfragebogen integriert, der im Oktober 1998 an die ehemaligen Patienten verschickt wurde. Zwei der 182 Patienten konnten nicht erreicht werden, von den übrigen antworteten nach einer schriftlichen Erinnerung 126 Patienten (Rücklaufquote: 70 %). Als Zielgrößen wurde eine gegenüber dem Reha-Ende weiter verbesserte Gehfähigkeit und eine stabile oder verbesserte Schmerzsituation festgelegt.

Ergebnisse

Einen nachhaltigen Effekt fanden wir hinsichtlich der Gehfähigkeit (Gehstrecke, Hilfsmittelbedarf, Treppensteigen). Hier ist der Follow-up-Status für das untersuchte Kollektiv sogar besser als bei Ende der Maßnahme ($p = 0{,}0017$). Die Entwicklung der Gehfähigkeit wird begünstigt durch jüngeres Alter ($p = 0{,}0012$), keine gekoppelten Prothesen ($p = 0{,}0068$) und keine OP oder andere Gesundheitsprobleme nach der Rehabilitation ($p = 0{,}0060$). Keinen prognostischen Wert konnten wir bei den Variablen Geschlecht, Befall der anderen großen Gelenke, Nebenerkrankungen, Dauer bis Reha-Beginn, Funktionszuwachs während der Rehabilitation, Knie-Score bei Reha-Ende und Vorgabe der Belastung bei Entlassung

nachweisen. Die signifikante Reduktion der Schmerzen im Verlauf der Rehabilitation erwies sich bei 40 % der Patienten nicht als stabil. Hiervon sind insbesondere Patienten, bei denen am anderen Kniegelenk und/oder an den Hüftgelenken bei Reha-Aufnahme ein auffälliger Befund vorlag, betroffen. Allerdings ist dieses Ergebnis auf dem 5 %-Niveau nicht signifikant.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Unsere Daten bestätigen, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach Kniegelenkersatz nachhaltige Effekte hinsichtlich der Mobilität verspricht. Dies gilt insbesondere für jüngere Patienten, die keine gekoppelten Prothesen erhalten haben. Das erhöhte Schmerzempfinden zum Zeitpunkt der Befragung verweist auf Probleme der anderen, häufig (noch) nicht operierten und rehabilitierten Gelenke und somit auf die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Nachbetreuung bzw. Beobachtung.

Literatur

Albrecht, Chr. (1998): Rehabilitationsverlauf nach alloplastischem Hüft- oder Kniegelenkersatz. Erlangen, (Dissertation).

Insall, J.N. et al. (1976): A comparison of four models of total knee-replacement prothesis. J Bone Joint Surg 58-A, 754-765.

Rissanen, P. et al. (1996): Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: a prospective study. Qual Life Res 5, 56-64.

Ryu, J. et al. (1993): Factors influencing the postoperative range of motion in total knee arthroplasty. Bull Hosp Jt Dis 53, 35-40.

Sparmann, M., Zink, A. (1996): Ergebnisse der Frührehabilitation bei Verwendung unterschiedlicher Knieendoprothesen-Modelle. Rehabilitation 35, 170-175.

Wertigkeit der „Endoprothesenschule“ im Rahmen einer AHB nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation aus Sicht des Patienten

Middeldorf, S., Casser, H.R.

Klinikum Staffelstein , Orthopädische Klinik, Staffelstein

Bei der stationären Rehabilitation von Patienten nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation stehen traditionellerweise funktionelle Inhalte, wie z.B. die Wiedererlangung der Funktion des betreffenden Körpergelenkes, im Vordergrund. Ein zunehmendes Informationsbedürfnis des Patienten bezüglich des Verhaltens mit dem implantierten Kunstgelenk im Hinblick auf eine möglichst lange Haltbarkeit und auch im Hinblick auf die Primär- bzw. Sekundärprävention der bestehenden Grunderkrankung am kontralateralen Gelenk ist festzustellen (Jerosch et al., 1996)

Dieser Sachverhalt begründete die Entscheidung, begleitend zu den üblichen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation, im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine „Endoprothesenschule“ zu integrieren.

Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der Frage, welchen Wert die Patienten dem angesprochenen Gesundheitstraining, insbesondere auch in Bezug auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt beimessen.

Die „Endoprothesenschule“ hat als Zielgruppe zum einen Endoprothesenträger (Hüfte, Knie) sowie auch Arthrose-Patienten (Hüfte-, Kniegelenk). Zu den beteiligten Fachgruppen zählen Ärzte, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Sporttherapeuten.

Sie zielt auf die Vermittlung von Informationen über das Krankheitsbild der Arthrose sowie auch andere über andere Erkrankungen, die zur Implantation einer Hüft- oder Knie-TEP führen können. Weiterhin gilt es, Hinweise zum Gelenkschutz zu vermitteln.

Ergänzt werden diese mehr theoretischen Inhalte durch praktische Übungen zur verbesserten Körperwahrnehmung und Schaffung eines sicheren Gangbildes sowie eine Anleitung zum eigentätigen Üben nach Abschluss der stationären Rehabilitation durch initiieren eines „Heimprogramms“.

Gemäß der geschilderten Inhalte ist die Schulung in 4 Module aufgeteilt, wobei die bei den praktischen Anteilen eine Aufteilung in 2 Leistungsgruppen erfolgt.

Im Zeitraum zwischen Januar und Dezember 1998 wurden insgesamt 100 Patienten beiderlei Geschlechts, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, nach ihrer Einschätzung der Wertigkeit der durchgeführten Maßnahmen befragt.

Zu der Frage: „Haben Sie Ihrer Meinung nach von der Endoprothesenschule profitiert?“, gaben über 90 % der Patienten an sehr bzw. deutlich profitiert zu haben.

Auf die Frage: „Ist das Erlernte für Sie in häuslicher Umgebung umsetzbar?“, gaben über 80 % an, dass die Hinweise bezüglich der Gelenkschutzmaßnahmen sehr gut bzw. überwiegend umsetzbar sind. Befragt zu der Aussage: „Waren Ihnen die genannten Gesundheitsinformationen bereits zuvor bekannt?“, gaben etwa 65 % der Patienten an, teilweise über entsprechende Informationen verfügt zu haben. Die Frage: „Sollte eine Endoprothesenschule ein fester Bestandteil der Orthopädischen Rehabilitation sein?“, beantworteten über 90 % der Befragten mit Ja.

Die Ergebnisse der Befragung nach durchgeführter „Endoprothesenschule“ im Rahmen einer stationären Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation lässt die Aussage zu, dass von Seiten der Patienten eine hohe Akzeptanz dieser modular aufgebauten und multiprofessionell besetzten Maßnahmen besteht. Es sollte daher ein fester Bestandteil einer intensiven und komplexen stationären Rehabilitationsmaßnahme sein.

Literatur

Jerosch, J., Heisel, J. (1996): Endoprothesenschule, Deutscher Ärzte-Verlag.

Sind Zwischenfälle in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation durch die Anwendung diverser Schulungsmaßnahmen vermeidbar?

Weinz, E., Müller, B., Schönle, Ch.

Klinik Lindenplatz, Bad Sassendorf

Ziele der orthopädischen Rehabilitation sind die frühe Mobilisierung des operierten Patienten und die schnelle Wiedereingliederung ins Alltags- bzw. Berufsleben. Beachtliche Rehabilitationserfolge wurden bei verletzten Leistungssportlern durch die Anwendung trainingsphysiologischer Grundlagen erreicht (Weber et al., 1992; Wessinghage, 1993). Dabei stehen die schnelle und effektive Verbesserung der Beweglichkeit der operierten Gelenke, die Erhöhung der Muskelkraft bzw. der Ausgleich von Muskelatrophien und das Training der kardiopulmonalen Ausdauer im Vordergrund. Inzwischen werden derartige Behandlungskonzepte auch bei Nichtsportlern mit gleichem Erfolg angewendet. Dennoch kann ein intensives Rehabilitationskonzept mit Gefahren verbunden sein, insbesondere wenn ältere Patienten behandelt werden.

In den letzten drei Jahren wurden in der Klinik Lindenplatz ca. 8000 Patienten stationär therapiert. Seit dieser Zeit wurden intensive Patientenaufklärungen, Schulungen der Mitarbeiter aller Abteilungen und viele beratende Gespräche mit Angehörigen geführt. Zudem kamen zahlreiche Hilfsmittel bsp. zur Luxationsprophylaxe zur Anwendung. Auch verschiedene bauliche und einrichtungstechnische Veränderungen sollten zur Vermeidung von Komplikationen beitragen. Nach Einführung einer lückenlosen Erhebung aller Zwischenfälle und Analyse der eingewiesenen Patienten ab 1998 kann jetzt ein Vergleich der Zahlen erfolgen.

Gerade nach einer Hüftoperation soll eine erhöhte Luxationsgefahr der Endoprothese von 1 % bis 18 % bestehen (Nollen et al., 1993; Krotenberg, Stitik et al. 1995; Kohn, Rühmann et al., 1997). Während in der frühen postoperativen Phase vorwiegend Drehbewegungen im Bett eine Luxation provozieren (Kohn; Rühmann et al., 1997), sind in der Anschlussheilbehandlung die Alltagsbewegungen luxationsfördernd. In der Klinik Lindenplatz trat bei 21 Patienten während der Rehabilitation eine Hüftluxation auf. Die Analyse der Luxationen (Luxationsrate 1997: 1,0 %, 1998: 0,8 %, 1999: z. Zeit in Arbeit) ergab nur in einem Fall einen Zusammenhang mit einer therapeutischen Anwendung, und zwar mit der kontrollierten passiven Bewegungstherapie auf der Motorschiene. Hier stellte sich jedoch heraus, dass ein zu kurzer Prothesenhals einen Kontakt der Trochanterspitze mit dem Pfannenrand provozierte, wodurch der Prothesenkopf bei Abduktion und Beugung aus der Pfanne gehebelt wurde. Die anderen Luxationen entstanden bei Alltagsbewegungen wie An- und Ausziehen, Drehbewegungen oder auch beim Hinknien (Beten in einer Kirche). Somit liegt die Luxationsrate an bzw. unter dem Grenzwert des angegebenen Risikobereiches. Dies ist zum Teil durch eine gezielte Antiluxationsschulung der Patienten, durch die schnelle und gezielte Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln, sowie durch bauliche und apparative Anpassungen der Klinik bedingt. Bei 22 Patienten wurde eine Beinvenenthrombose vor Beginn oder während der Rehabilitation festgestellt. Auch diese Rate ist gering (Thromboserate 1998 bei Patienten mit Hüft- und Knieendoprothese: 0,6 %, 1999 in Arbeit), wobei schon bei Verdacht auf eine thrombotische Veränderung routinemäßig eine Farbdopplersonographie der Venen bzw. eine Phlebographie erfolgten. Die Antithromboseprophylaxe mit niedermo-

lekularem Heparin wurde immer bis zur Vollbelastung des operierten Beines durchgeführt. Laut Literatur kommt es noch 21 Tage nach der Operation bei mindestens 10-20 % aller Patienten zu einer frischen Thrombose. Bei 18 Patienten traten kardiovaskuläre, bei 14 gastrointestinale Komplikationen und bei 8 Weichteilkomplikationen auf, die eine Verlegung notwendig machten. 6 Patienten erlitten Frakturen während der stationären Rehabilitation. Insgesamt ist die stationäre Rehabilitation um den Faktor 1,25 bis 33 sicherer als das in der Literatur angegebene postoperative Risiko innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen.

Die bisherigen Ergebnisse unserer eigenen Untersuchung zeigen bisher eine im internationalen Vergleich bereits für das Jahr 1998 eine sehr niedrige Rate an insbesondere Luxationen einer implantierten Hüft-TEP. Eine abschließende Wertung lässt sich erst nach Vorliegen der vollständigen Datenlage für das Jahr 1999 feststellen. Eine Analyse dieser Zahlen liegt zum Kongressbeginn vor. Ein Tendenz zur Stabilisierung unserer Luxationsraten scheint zur Zeit nach Untersuchungen des vorhandenen Datenmaterials jedoch auf jeden Fall gesichert.

Literatur

Eyb, R. (1985): Klinische Ergebnisse nach transglutäalem und anterolateralem (Watsen Jones) Zugang zur Hüftprothesenimplantation. Zeitschrift für Orthopädie 123.

Hepp, W.R. (1997): Weiterbehandlung nach Implantation einer Hüftendoprothese. Krankengymnastik 49, Nr. 7.

Müller, M.E., Müller, E.M.: Lokale Komplikationen nach totalem Hüftgelenkersatz. Unfallheilkunde 84: 444-457.

Müller, B., Schönle, Ch., Weinz, E. (1999): Wie gefährlich ist die intensive orthopädisch-traumatologische stationäre Rehabilitation? Eine Analyse von Zwischenfällen. Osteologie, Band 8, Supplement III.

Ullmann, M.A., Ullmann, H.M., Freutel, H.J. (1997): Sinn und Unnsin in der Nachbehandlung der zementfreien Hüft-Totalendoprothese. Krankengymnastik 49, Nr. 7.

Möglichkeiten und Ergebnisse von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom

Schoen, U., Schütze, G., Jahn, H.

Interdisziplinäres Therapiezentrum, Weißenburg

Ziel der Untersuchung

Bei der Fibromyalgie handelt es sich um ein problembehaftetes Krankheitsbild mit hohem Leidensdruck der Betroffenen, oft langwieriger Diagnostik, chronifiziertem Verlauf und hohen Kosten, die durch langen Arbeitsausfall, Rentenverfahren und vorzeitige Berentung entstehen.

Anhand von regelmäßig eingesetzten qualitätssichernden Maßnahmen soll der Effekt einer stationären Rehabilitationsbehandlung von Fibromyalgie-Patienten untersucht werden.

Methodik

Therapeutische Maßnahmen

Die Patienten nehmen an einem komplexen Gesundheitstraining teil, dieses umfasst u.a.:

- umfangreiche Informationen über das Krankheitsbild innerhalb einer spezifischen Fibromyalgie- Schulung mit den Schulungsabschnitten:

„Anwärmen“	sich bekannt machen
medizinischer Teil	Diagnostik und therapeutische Möglichkeiten
psychologische Teile	Alltags-, Stress- und Schmerzbewältigung
Kommunikative Bewegungstherapie	Übungen zur Körperwahrnehmung
gestalttherapeutischer Teil	Selbstwahrnehmung/Selbstreflexion

- das Erlernen eines Entspannungsverfahrens
- Verfahren der Physiotherapie
- Sporttherapie, Fitness
- psychotherapeutische Einzelbetreuung
- psychosoziale Therapieangebote

Beschwerde- und Befindlichkeitsliste nach D. v. Zerssen (1975)

- als Fragebogen-Test zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigung
- als Eigenschaftswörter-Liste zur Erfassung der momentanen Befindlichkeit als Selbsteinschätzung am Anfang und Ende der Rehabilitationsbehandlung.

Ergebnisse

In die Stichprobe wurden insgesamt 83 Patienten einbezogen. Dabei handelt es sich um 71 Frauen und 12 Männer. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 48,6 Jahren.

92,8 % unserer Patienten mit Fibromyalgie befinden sich im erwerbsfähigen Alter. Frauen sind von dieser Erkrankung häufiger betroffen als Männer. Männer sind stärker in Ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt, sie haben auch nach Therapie noch eine stärkere Befindlichkeitsbeeinträchtigung als Frauen (Abb. 1).

Abb. 1: Verbesserung der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht

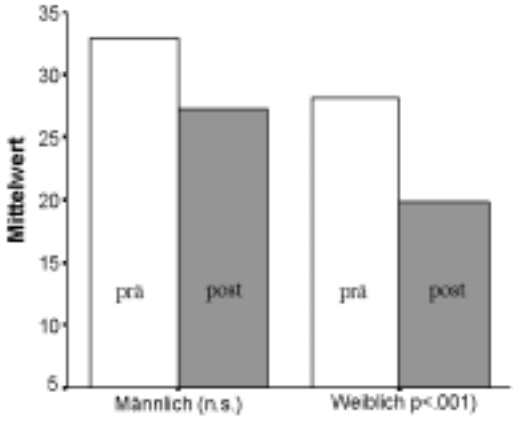


Abb. 2: Veränderung der Beschwerden während der Rehabilitation in Abhängigkeit vom Rentenverfahren

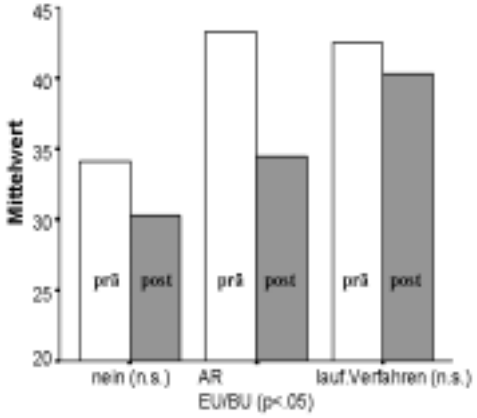


Abb. 3: Verbesserung der Befindlichkeit während der Rehabilitation in Abhängigkeit vom Rentenverfahren

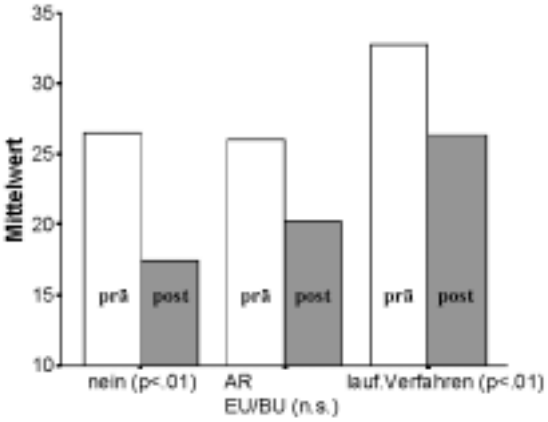
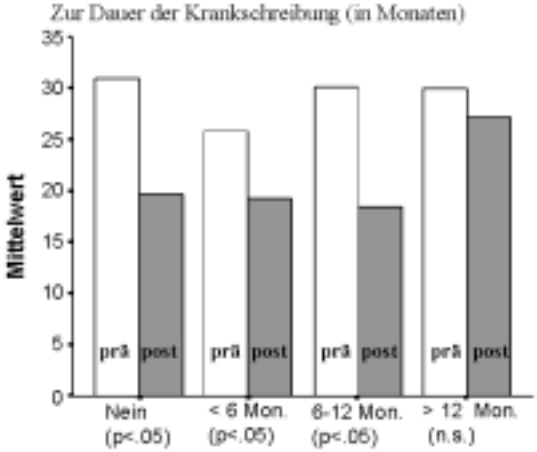


Abb. 4: Verbesserung der Befindlichkeit in bezug Zur Dauer der Krankschreibung (in Monaten)

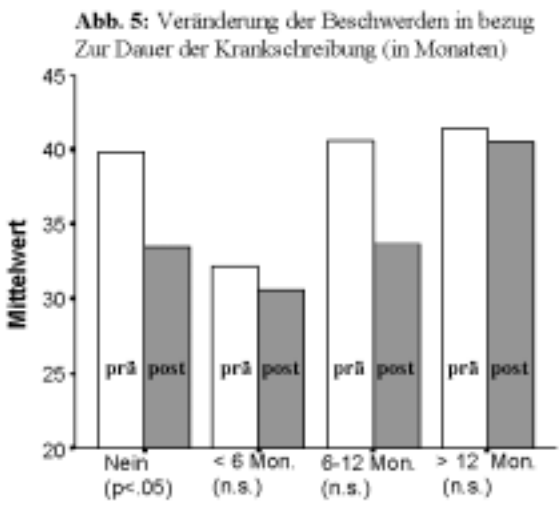


Bei fast 40 % (37,5 %) steht eine Entscheidung an bezüglich einer EU-Rente, wobei die Altersgruppe 51-60 Jahre hier erwartungsgemäß am stärksten vertreten ist. Es besteht eine deutliche Abhängigkeit der Ausgangshöhe der Beschwerden und Befindlichkeiten vom Rentenstatus. Auch der zu erreichende Therapieerfolg bei sonst identischen Therapien weist eine Korrelation dazu auf.

Die besten Therapieergebnisse mit der deutlichsten Beschwerdereduktion erzielten wir bei Patienten, die bereits eine Rente erhalten. Den geringsten Effekt hatten wir (erwartungsgemäß) bei Patienten mit schwebendem Rentenverfahren. Hinsichtlich der Be-

findlichkeit fühlt sich die Gruppe, die sich im Rentenstreit befindet, am deutlichsten beeinträchtigt, wobei hier immerhin eine signifikante Verbesserung erreicht werden kann (Abb. 2 und 3).

Einen ganz wesentlichen Faktor für den Erfolg einer stationären Rehabilitationsmaßnahme stellt die Dauer der vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeit dar (Abb. 4 und 5). Sind die Patienten bereits mehr als 12 Monate arbeitsunfähig, können kaum noch relevante Effekte erzielt werden.



Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Therapieeffekt ist signifikant am stärksten bei Patienten, die bereits Altersrente oder eine EU- Rente erhalten. Der geringste Effekt bei gleicher Therapie war bei Patienten mit schwebendem Rentenverfahren zu verzeichnen. Nur die frühzeitige Einleitung einer rehabilitativen Maßnahme, nach Möglichkeit vor Beginn des Chronifizierungsprozesses, kann bei Fibromyalgiepatienten im arbeitsfähigem Alter zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und zur Vermeidung vorzeitiger Berentung beitragen. Zur Unterstützung dieser These sollten entsprechende katamnestische Untersuchungen an einem größeren Patientenpool gezielt erfolgen.

Literatur

Ecker-Egle, M.L., Egle, U.T. (1993): Primäre Fibromyalgie. In: Egle, U.T., S.o. Hoffmann (Hrsg.). Der Schmerzkranke, Schattauer, Stuttgart.

Keel, P.J. (1995): Fibromyalgie, Gustav Fischer, Stuttgart.

Wolfe, A., Smythe, H.A., Yunus, M.B. et al. (1990): The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 33, 160.

Bedeutung der Bewegungswahrnehmung für die Therapie chronischer Rückenschmerzen

Schöttler, M., Kühn, W.

Lahntalklinik, Nassau

Die Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten verläuft oftmals unbefriedigend. Ein Großteil der Patienten kann die angebotenen und durchgeführten Behandlungsverfahren nur unzureichend umsetzen. Auffällig ist, dass zum Teil erhebliche koordinative Defizite bei der Durchführung dreidimensionaler Übungen bestehen, wie beispielsweise in der medizinischen Trainingstherapie oder der Rückenschule. Diese Beobachtungen führten uns zu der Frage, ob Patienten mit chronischen Rückenschmerzen neben lokalen Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule gleichzeitig koordinative Defizite im Bereich der unteren Extre-

mitäten aufweisen, so dass die Umsetzung rückengerechter Bewegungsmuster in der Therapie und im Alltag kaum möglich ist. In unserer Studie haben wir chronische Rückenschmerzpatienten und eine Kontrollgruppe hinsichtlich der Bewegungswahrnehmung für unterschiedliche Neigungswinkel einer Standplattform in Dorsal-/Plantarflexion sowie in Rechts-/Linksseiteneigung untersucht. Unter Ausschluss einer optischen Kontrolle waren die Neigungswinkel der Plattform in einem Bereich von 0° bis 5° mit Abstufung von 0,5° mittels einer visuellen Analogskala zu reproduzieren.

Die Auswertung der reproduzierten Winkel ergab in der Rückenschmerzgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen Neigungsrichtungen signifikant schlechtere Werte für die durchschnittliche Abweichung der wahrgenommenen Neigung von den Vorgabewerten. Die Korrelation zwischen den vorgegebenen und wahrgenommenen Neigungen sowie die Standardabweichung als Maß für die Streuung der reproduzierten Winkel um die vorgegebenen Winkel zeigte in der Rückenschmerzgruppe deutlich schlechtere Werte.

Die Ergebnisse unserer Studie führen uns zu dem Schluss, dass bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe davon ausgegangen werden muss, dass die Bewegungs- und Stellungswahrnehmung beeinträchtigt ist. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe konnten wir zeigen, dass die Bewegungs- und Stellungswahrnehmung derart beeinträchtigt ist, so dass koordinative Defizite bei der Durchführung dreidimensionaler Bewegungen plausibel werden. Unter therapeutischen Aspekten muss daher berücksichtigt werden, dass die Therapie bei chronischen Rückenschmerzen nicht ausschließlich auf die Wirbelsäule, sondern insbesondere auch auf die unteren Extremitäten ausgerichtet wird. Eine Schulung des gesamten propriozeptiven Systems, das die Bewegungswahrnehmung einschließt, sollte in jedem Wirbelsäulentherapiekonzept integriert sein.

Literatur

Berenberg, R.A., Sheffner, J.M., Sabol, J.J. (1987): Quantitaive assessment of position sense at the ankle: a functional approach. Neurology 37, 89-93.

Cordo, P., Carlton, L., Beveau, L. et al. (1994): Proprioceptive coordination of movement sequences: Role of velocity and position information. J Neurophysiol 71, 1848-1861.

Janda, V., Bullock-Saxton, J.E. (1994): Zur Frage der Stabilität der Bewegungsmuster in bezug auf die Proprioception. Dt. Zschr. Sportmed. (Sonderheft) 45, 67-68.

Takebayashi, T., Yamashita, T., Minaki, Y., Ishii, S. (1997): Mechanosensitive afferent units in the lateral ligament of the ankle. J Bone Joint Surg 79-B, 490-493.

Ergebnisse zum sensomotorischen Leistungsverhalten von Patienten mit einem chronisch-rezidivierenden LWS-Syndrom nach einem 4-wöchigen Heilverfahren

Zwick, S. (1), Kuppardt, H. (1), Beyer, L. (2), Plietz, M. (2), Canzler, J. (2)

(1) Johannesbad Reha-Kliniken AG, Bad Füssing, (2) ehemals Universität Jena - Physiol. Institut

Zielstellung und Zweck der Untersuchung

Zunehmend besteht in der physikalischen und rehabilitativen Medizin die Notwendigkeit, Diagnoseverfahren zu entwickeln, die zur Begründung und Individualisierung rehabilitativ-motorischer Leistungen beitragen und den erzielten Behandlungszuwachs quantifizieren.

In der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation liegt ein wesentlicher Therapieschwerpunkt in der Beeinflussung und Verbesserung koordinativer Bewegungseigenschaften.

Falsche Körperhaltungen bei Alltags- und Berufsbelastungen führen sehr oft zu gestörten Bewegungsmustern der Wirbelsäule. Das Erlernen funktionsgerechter Bewegungsabläufe mit sensomotorischem Training zur Verbesserung der neuromuskulären Reaktionsbereitschaft, Sensibilität und Koordination ist deshalb von großer Bedeutung.

Hinweise auf frühere Untersuchungen

Durch eigene Untersuchungen konnten wir nachweisen, dass durch ein zielgerichtetes, koordinativ betontes Training ein höheres Niveau im sensomotorischen Leistungsverhalten erreicht werden kann. Wir verglichen jugendliche Tennisspieler mit untrainierten Patienten. Abgeleitet von diesen Ergebnissen sollte geklärt werden, ob bei untrainierten Patienten ein ähnlicher Effekt auszulösen ist.

Methodik

Bei 30 Männern mit einem chronisch-rezidivierendem LWS-Syndrom wurde deshalb neben einem balneophysikalischen Basisprogramm eine funktionell-koordinativ akzentuierte Behandlung während eines 4-wöchigen Heilverfahrens durchgeführt. Diese Therapie zeichnet sich durch definierte Bewegungen und Belastungen mit der Anwendung von speziellen Trainingsmitteln wie Seilzügen, Therabändern und modifizierten Sequenzgeräten aus.

Wir untersuchten die Patienten zu Beginn, während und am Ende des Heilverfahrens am Tracking-Messplatz (Entwicklung des Physiologischen Institutes der Universität Jena).

Ergebnisse

Die ermittelten Resultate unserer Studie belegen, dass eine funktionell ausgerichtete medizinische Trainingstherapie eine Optimierung des sensomotorischen Leistungsverhaltens bewirkt. Es ergaben sich signifikante Verbesserungen für die Reaktionszeit sowie die Schnelligkeit und Genauigkeit nach Abschluss des Heilverfahrens.

Diskussion, Schlussfolgerung und Ausblick

Wir halten die Tracking-Messmethode für geeignet, Verbesserungen koordinativer Bewegungseigenschaften, die durch eine akzentuierte Therapie während eines stationären Heil-

verfahrens erreicht wurden, zu objektivieren. Dies ist in der physikalischen und rehabilitativen Medizin dringend notwendig, um zum einen den Behandlungseffekt unserer Therapiemaßnahmen objektiv zu erfassen und zum anderen auch neue therapeutische Maßnahmen herauszuarbeiten. Wir sind der Meinung, dass gerade in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation in der Beeinflussung und Verbesserung koordinativer Bewegungseigenschaften ein wesentlicher Behandlungsschwerpunkt liegt. Unser Ziel ist es deshalb, das Tracking-Verfahren weiter zu entwickeln, um damit zur Qualitätssteigerung in der Diagnostik und Therapie der orthopädischen Rehabilitation einen Beitrag leisten zu können. Nach unseren Recherchen kann im deutschsprachigen Schrifttum nicht auf Hinweise und Ergebnisse zu diesem Diagnostikverfahren zurückgegriffen werden.

Einflussfaktoren auf die Rückbildung der Fähigkeitsstörungen (Disability) in der Schlaganfallrehabilitation

Huff, W. (1), Misselwitz, B. (2), Puschendorf, W. (3), Kugler, C. (2).

(1) Klinik für Neurologie, Klinikum der J. W. Goethe-Universität, Frankfurt am Main, (2) Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH), Eschborn, (3) Neurologische Klink Westend, Bad Wildungen

Hintergrund und Stand der Literatur

Im Jahre 1986 erbrachte Jongbloed mit ihrem Übersichtsartikel von 33 Prädiktionsstudien von 1950 bis 1986 einen ersten Überblick der Prädiktorenberechnungen von der Rückbildung der Fähigkeitsstörungen bei Schlaganfallpatienten, gemessen mit dem Barthel-Index. Als bester Prädiktor für das Entlassungsergebnis wurde dort der Barthel-Index bei Aufnahme eingestuft. Zusätzlich zeigte sich, dass auch ein vorausgegangener (vorheriger) Schlaganfall, vorgerücktes Alter, Urin- und Stuhlinkontinenz und visuell-räumliche Defizite Prädiktoren für einen schlechten Outcome bezüglich der Rückbildung darstellten.

Zehn Jahre danach werteten Kwakkel et al. (1996) 13 Prädiktorenstudien aus, die den Einfluss auf die Rückbildung nach einem Schlaganfall untersucht hatten. Anhand dieser Studien wurden in der Zusammenfassung folgende valide Prädiktoren für die funktionelle Rückbildung nach Schlaganfall ermittelt: Beeinträchtigung der ADL bei Aufnahme, Urininkontinenz, Grad der motorischen Parese, Alter, Bewusstseinsgrad innerhalb der ersten 48 Stunden nach Schlaganfall, Orientierung zu Zeit und Ort, vorausgegangener Schlaganfall, Sitzbalance und der Ausprägungsgrad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (social support).

In neuerer Zeit konnte dann auch die Kopenhagener Schlaganfallgruppe (Pedersen et al., 1996) wiederum eine Entwicklung der Disability, gemessen am Barthel-Index nach 6 Monaten, mit ähnlichen Prädiktoren prognostizieren. In einer diesmal multiplen linearen Regressionsanalyse wurden die Prädiktoren Orientierung, Scandinavian Stroke Scale (SSS) bei Aufnahme, Alter und Komorbidität ermittelt.

Ziel der vorliegenden Analyse war die Frage, ob sich auch für den Abschnitt der Rehabilitationsbehandlung in Deutschland, für den es international wenig Vergleichsmöglichkeiten gibt, Einflussfaktoren auf die Rückbildung identifizieren lassen. Für die Phase C der Schlaganfallrehabilitation konnten (Durner et al., 1998) keine Outcome-Prädiktoren der Barthel-Änderung ermitteln.

Studientyp

Retrospektive Analyse aus einer multizentrischen Schlaganfalldatenbank.

Methodik

Seit Januar 1998 werden auf Grundlage eines standardisierten Erhebungsbogens Daten von Patienten nach Schlaganfall, die in hessischen Rehabilitationskliniken behandelt werden, in einer zentralen Datenbank gesammelt. Daraus werden die Daten von 944 Schlaganfallpatienten ausgewertet, die in 13 neurologischen und 2 geriatrischen Rehabilitationskliniken in dem Zeitraum vom 1. Januar 1998 bis zum 30. September 1999 behandelt wurden.

Als mögliche Einflussfaktoren wurden Alter, Geschlecht, die Zeitdauer vom Schlaganfallereignis bis zur Aufnahme in die Rehabilitationsklinik und der Barthel-Index bei Aufnahme in die Analyse mit einbezogen.

In einem ersten Schritt wurde eine Signifikanzprüfung und die Bestimmung der vermuteten Stärke des Zusammenhangs der jeweiligen Faktoren anhand bivariater Abhängigkeitsmaße ermittelt. Anschließend wurde eine multivariate Analyse durchgeführt, um die möglichen Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren abschätzen zu können.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden die Daten von 645 Patienten ausgewertet, welche die Kriterien für Plausibilität und Vollständigkeit erreichten. 286 Patienten (30 %) mit einem Aufnahme-Barthel von 100 wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Die untersuchten Schlaganfallpatienten waren im Durchschnitt 67,6 Jahre alt und von der Geschlechtsverteilung 54 % männlich, 46 % weiblich. Die Schlaganfalldiagnosen verteilten sich auf 73 % Ischämien und 26 % Hämorrhagien. Die durchschnittliche Zeitdauer vom Schlaganfallereignis bis zur Aufnahme in die Rehabilitationsklinik betrug 36 Tage (Median 22 Tage), die durchschnittliche Verweildauer der Rehabilitation betrug 49 Tage (Median 42Tage). Der durchschnittliche Barthel-Index (BI) bei Aufnahme war 39 (SD±32), bei Entlassung 61 (SD±33).

Die Verbesserung zwischen Aufnahme- und Entlassungs-BI erwies sich als hochsignifikant.

Bei der Messung der bivariaten Zusammenhänge zeigten sich ein starker Zusammenhang mit dem Aufnahme-BI ($r=0,3/p<0.01$) sowie schwache Zusammenhänge mit Alter ($r=0,08/p<0.05$) und Latenzzeit ($r=0,09/p<0.05$). Bei der zusätzlichen Bestimmung der Wechselwirkungen in der multivariaten Analyse stellte sich schließlich nur der Barthel-Score bei Aufnahme als unabhängiger Prädiktor heraus.

Diskussion

Der Barthel-Index bei Aufnahme zeigt sich als einziger unabhängiger Prädiktor für eine Verbesserung in den Fähigkeitsstörungen. Diese Verbesserung ist unabhängig vom Alter, so dass auch ältere Schlaganfallpatienten von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren.

Der größte Profit wird bei Patienten mit einem niedrigen Ausgangswert erreicht, was durch den Deckeneffekt des Barthel-Index zu erklären ist. Für die Patienten mit höherem Barthel-Index bei Aufnahme sollte ein zusätzliches Messinstrument etabliert werden, um den Rehabilitationserfolg auch bei dieser Gruppe angemessen dokumentieren zu können.

Literatur

Durner, J., Haase, I. (1998): Postacute stroke rehabilitation (Phase C): looking for predictors of rehabilitation outcome. 6th European congress on research in rehabilitation 31. Mai-4. Juni. Abstract im Tagungsband.

Jongbloed, L (1986): Prediction of function after stroke: a critical review. Stroke,17: 765-776.

Kwakkel, G., Wagenaar, RC., Kollen, BJ., Lankhorst, GJ. (1996): Predicting disability in stroke - a critical review of the literature. Age Ageing; 25: 479-489.

Pedersen, PM., Joergensen, HS., Nakayama, H., Raaschou, HO., Olsen, TS. (1996): Orientation in the acute and chronic stroke patient: impact on ADL and social activities. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil; 77: 336-339.

Prognostischer Wert des Tibialis-MEP für die Motorik und Fähigkeitsstörung nach 8-wöchiger Rehabilitation nach Schlaganfall - eine prognostische Studie

Steube, D., Wiethölter, S.

Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt, Saale

Die evozierten Potentiale gewinnen zunehmend Bedeutung zur Prognosebeurteilung in der Neurorehabilitation. Den MEP´s wurde dabei ein höherer prognostischer Wert als den SEP´s zugesprochen. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert keine Arbeit, die den prognostischen Wert eines Tibialis-MEP für die Postakutphase nach Schlaganfall belegt.

Methode

In einem Zweijahreszeitraum wurden 100 Patienten mit einem behindernden motorischen Hemisyndrom nach Schlaganfall untersucht. Einschlusskriterien waren ein erstmals aufgetretenes zerebrovaskulär-bedingtes motorisches Hemisyndrom von Alltagsrelevanz mit verlorener Fähigkeit zum selbständigen Gehen in der Ebene über mindestens 50 Meter, das seit mindestens 4 Wochen bestanden hat. Die Evaluation des Rehabilitationsverlaufes erfolgte zu Beginn und am Ende der 8-wöchigen Behandlung mittels Motricity Index und Trunc controll test sowie mittels Barthel-Index, FIM und Glasgow-Outcome-Score. Das MEP erfolgte als Tibialis-MEP mit Bestimmung der kürzesten Latenz und höchsten Amplitude (baseline-to-peak), nach kortikaler und längste Latenz und höchste Amplitude nach zervikaler Stimulation. Bestimmt wurde auch die distalmotorische Latenz und Amplitude des motorischen Summenpotentials nach peripher-elektrischer Reizung.

Ergebnisse

Patienten mit ausgefallenem MEP zeigten bei Aufnahme und Entlassung einen niedrigeren Motricity Index und einen niedrigeren Punktezuwachs auch bei isolierter Betrachtung des Beinscores. Bei Erhalt des MEP war mit höherer Wahrscheinlichkeit mit dem Wiedererwerb des selbständigen Gehens und Treppensteigens zu rechnen. Bei globaler Bewertung der Disability zeigte sich keine statistische signifikante Niveauanhebung zugunsten der Patienten mit Erhalt des MEP, wobei die Einzelergebnisse differenziert dargestellt werden.

Bei erhaltenem MEP ergibt sich ein prognostischer Wert hinsichtlich der Mobilität und der Verbesserungen in den ADL´s, wobei die Ergebnisse nur in Zusammenhang mit der Klinik Bewertung finden sollten.

Literatur

Abbruzzese, G., Morena, M., Dall´Agata, D., Abbruzzese, M., Favale, E. (1991): Motor evoked potentials (MEPs) in lacunar syndromes. Electroenceph clin Neurophysiol 81, 202-208.

Hömberg, V., Stephan, K.M., Netz, J. (1991): Transcranial stimulation of motor cortex in upper motor neurone syndrome: is relation to the motor deficit. Electroenceph clin Neurophysiol 81, 377-388.

Kandler, R.H., Jarrat, J.A., Venables, G.S. (1991): Clinical value of magnetic stimulation in stroke. Cerebrovasc Dis 1, 239-244.

Macdonell, R.A.L., Donnan, G.A., Bladin, P.F. (1989): A comparison of somatosensory evoked and motor evoked potentials in stroke. Ann Neurol 25, 68-73.

Pereon, Y., Aubertin, P., Guiheneuc, P. (1995): Prognostic significance of electrophysiological investigations in stroke patients: somatosensory and motor evoked potentials and sympathetic skin response. Neurophysiol Clin 25, 146-157.

Rapisarda, G., Bastings, E., de Noordhout, A.M., Pennisi, G., Delwaide, P.J. (1996): Can motor recovery in stroke patients be predicted by early transcranial magnetic stimulation ? Stroke 27, 2191-2196.

Stephan, K.M., Netz, J., Hömberg, V. (1995): Prognostic value of MEP and SEP in patients with chronic UMN lesions after stroke. Cerebrovasc Dis 5, 407-412.

Tsai, S.Y., Tchen, P.H., Chen, J.D. (1992): The relation between motor evoked potential and clinical status in stroke patients. Electromyogr clin Neurophysiol 32, 615-620.

Bedeutung der akutstationären Erstversorgung für die Rehabilitation nach Schlaganfall: Erleichtert die Versorgung in einer Stroke Unit die berufliche Wiedereingliederung?

Schupp, W. (1), Weithaus, N. (1) Haase, I. (2)

(1) Fachklinik, Herzogenaurach, (2) Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen

Hintergrund und Zweck

Es ist längst unbestritten, dass Schlaganfall-Patienten möglichst schnell akutstationär versorgt werden und in ein Krankenhaus gebracht werden sollten, das zur Behandlung von akuten Schlaganfällen eingerichtet ist (Mäurer et al., 1996) – idealerweise eine Stroke Unit, die zunehmend an neurologischen Kliniken errichtet werden (Busse et al., 1999). Die vorliegende Untersuchung wurde durchgeführt, um Charakteristika der spezialisiert versorgten Patienten herauszuarbeiten. Darüber hinaus wollten wir überprüfen, ob die stationäre Akutversorgung in einer Stroke Unit zu einer verkürzten Gesamtverweildauer führt und insbesondere eine verbesserte berufliche Wiedereingliederung verspricht.

Methodik

Für 153 Schlaganfall-Patienten, die 1998 konsekutiv zu einer ersten Rehabilitationsmaßnahme nach klinisch erstem Schlaganfall in eine Fachklinik für neurologische Rehabilitation aufgenommen wurden, sind die Entlassungsberichte hinsichtlich krankheitsbezogener Patientenmerkmale, Stationen der stationären Versorgung, Diagnostik, Verlaufs- und Ergebnisparametern ausgewertet worden. Ein weiteres Einschlusskriterium war ein Alter von unter 63 Jahren.

Ergebnisse

67 % der Patienten wurden primär oder nach Weiterverlegung in einer Stroke Unit bzw. entsprechend arbeitenden neurologischen Klinik versorgt. 33 % wurden in internistischen Abteilungen akutstationär behandelt. Hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Alter, Dauer bis zur ersten stationären Aufnahme, Nebendiagnosen (lediglich Fettstoffwechselstörungen sind in der Stroke-Unit-Gruppe signifikant häufiger vertreten; $p = 0{,}02875$) und Barthel-Index bei Reha-Aufnahme zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen. Allerdings sind Subarachnoidalblutungen und lakunäre Hirninfarkte in der Stroke-Unit-Gruppe unterrepräsentiert, territoriale Hirninfarkte und Multiinfarkte dagegen stärker vertreten. Unter dem Vorbehalt einer möglicherweise dennoch eingeschränkten Vergleichbarkeit beider Gruppen fanden wir mit im Median 67 Tagen eine um 13 Tage kürzere stationäre Gesamtverweildauer bei den Stroke-Unit-Patienten, ein Unterschied, der aber nicht signifikant ist. Eine günstigere sozialmedizinische Prognose hinsichtlich des beruflichen Wiedereinstiegs fanden wir in der Stroke-Unit-Gruppe nicht (81 % vs. 80 %). Eine Drittvariablenkontrolle nach Altersklassen zeigt, dass insbesondere berufstätige Patienten ab 55 Jahren profitieren (günstige Prognose: 91 % vs. 44 %; $p = 0{,}00630$). Bei den jüngeren Altersklassen zeigen sich statt dessen leichte, aber nicht signifikante Vorteile für die nicht spezialisiert versorgte Gruppe.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Vorteil einer schnellen stationären Versorgung nach Schlaganfall und der Nutzen einer anschließenden Rehabilitation können als gesichert gelten. Auch bezüglich des Nutzens von Stroke Units finden sich in der Literatur Hinweise (BAR, 1998; Bath, 1996; Kalra, 1994). Ein Nachweis wird allerdings dadurch erschwert, dass die Klientel der Stroke Units nicht als repräsentativ für die Gruppe der erstmalig vom Schlaganfall betroffenen Patienten angesehen werden kann – auch wenn sich in den von uns geprüften Variablen kaum Unterschiede zeigen. So muss davon ausgegangen werden, dass in eine Stroke Unit eher die schwereren Fälle mit klinisch eindeutiger Symptomatik gelangen. Dies mag auch der Grund dafür sein, dass in unserer Untersuchung die Stroke-Unit-Patienten hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung insgesamt nicht besser abschneiden als die Vergleichsgruppe. Deutliche Vorteile zeigen sich für die epidemiologisch größere Gruppe der älteren Arbeitnehmer. Dies unterstreicht die Bedeutung einer möglichst spezialisierten Versorgungskette bei Schlaganfall.

Literatur

Bath, P. et al. (1996): Do acute stroke units improve care? Cerebrovasc. Dis. 6, 346-349.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1998): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Schriftenreihe der BAR, Heft 4, Frankfurt/M.

Busse, O. et al. (1999): Stroke Units in Deutschland – Eine Erhebung im Frühjahr 1997. Akt. Neurologie 26, 17-19.
Kalra, L. (1994): The influence of stroke unit rehabilitation on functional recovery from stoke. Stroke 25, 821-825.
Mäurer, H.C., Diener, H.C. (1996): Der Schlaganfall. Stuttgart, New York.

Kriterien einer differentiellen Indikation für stationäre vs. teilstationäre neurologische Rehabilitation nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma – eine Expertenbefragung

Wallesch, C.W. (1), Schneider, H. (2), Schert, C. (1), Bäumer, M. (1)

Klinik für Neurologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Ärztlicher Dienst der LVA Sachsen-Anhalt, Halle

Einleitung

Die Folgen von Schlaganfällen und Schädel-Hirntraumen (SHT) dominieren den Bedarf an neurologischer Rehabilitation. In Deutschland werden über 10.000 stationäre neurologische Rehabilitationsplätze vorgehalten, während im ambulanten/teilstationären Sektor von Experten erhebliche Defizite gesehen werden (Herrmann et al., 1997). International werden wohnortnahe, ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmodelle präferiert (Barnes, 1993).

Methode

Wir stellen die Ergebnisse einer Expertenbefragung (38 Ärzte der Fachrichtungen Neurologie/Nervenheilkunde (n=14), Innere Medizin (n=13), Neurochirurgie (n=8), andere (n=3)) aus Akutkrankenhäusern (n=17), neurologischen Reha-Kliniken (N=9) und aus den Ärztlichen Diensten der LVAen Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern zu Kriterien der differentiellen Indikation stationärer und teilstationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach Schlaganfall und SHT dar. Von 12 befragten niedergelassenen Ärzten antworteten bislang nur 3, sodass diese Gruppe hier nicht weiter berücksichtigt wird. Die befragten Experten sollten 21 teilweise auf der Grundlage der von Bürger und Koch (1998) vorgegebenen Kriterien entsprechend der Bedeutung für die Wahl der Rehabilitationsform mit 0 (am unwichtigsten) bis 10 (am wichtigsten) Punkten bewerten (Kriterien s. Tab. 1 und 2). Die Bewertungen wurden in individuelle Rangreihen transformiert.

Ergebnisse

Tabelle 1 stellt die geschätzte relative Bedeutung der vorgegebenen Kriterien für Rehabilitanden nach Schlaganfall, Tab. 2 nach SHT dar. Je größer der Median, desto bedeutender wurde das Kriterium eingeschätzt. Unkorrigiert signifikante ($p < .05$) Differenzen in der Kruskal-Wallis-ANOVA sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Die großen Ranges deuten auf bestehende erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der differentiellen Kriterien innerhalb der Expertengruppen hin. Die Unterschiede zwischen den Expertengruppen sind gering, lediglich die Unterschätzung neuropsychologischer Defizite bei Schlaganfallpatienten durch Akutkliniker und die unterschiedliche Einschätzung der Sucht-

problematik bei SHT-Patienten werden für bedeutsam gehalten. Akutkliniker bewerten außerdem die Patientenpräferenz höher. In der Gesamtschau der Expertengruppen wird für die differentielle Indikationsstellung bei Schlaganfall und SHT vor allem Überwachungsbedarf, sensomotorische Behinderung, Mobilität und Compliance, bei SHT außerdem Motivation und neuropsychologische Defizite für wichtig gehalten.

Tabelle 1: Kriterien bei Schlaganfall

	Akut-KH		Reha-klinik		Ärztl. Dienst	
	Rang-Md	Range	Rang-Md	Range	Rang-Md	Range
Sensomotorische Behinderung	17,5	4,5-21	17,5	9,5-20,5	14,75	4,5-20,5
Mobilität	17,5	8-21	16	6,5-19,5	16,75	11-20
Zeit seit Ereignis	9,5	1,5-19,5	12,5	3-20,5	12,5	3-20,5
Medizinischer Überwachungsbedarf	18	8-21	19,5	6,5-20,5	19,5	6,5-20
Compliance	15,25	6-19,5	16	6,5-19,5	14,5	6-19,5
Motivation	11,75	3-19	10,5	2,5-17	13,25	4-20,5
Neuropsychologische Defizite	12,5	4,5-20,5	18,5	13-20	18,5	8-21
Depressivität	11,25	4,5-16	10	6-20	8,75	3,5-14,5
Hospitalisierungsgefahr	8,5	2,5-13,5	9	2,5-20,5	9,25	2-17,5
Begleiterkrankungen/-verletzungen	13	1,5-21	13	4-20	13	4,5-20
Suchtverdacht	5,5	1,5-17,5	8	2,5-20,5	13	2-20
Soziales Umfeld	11,25	5-19,5	11,5	3-15,5	11,5	3-15,5
Familiäre Konstellation	11,75	4,5-17	13,5	3-18,5	9	3-16
Patientenpräferenz	16,5	4,5-20	8	3-19,5	8,75	2,5-20,5
Angehörigenpräferenz	5,75	2-16	5	2,5-13	6	1-12,5
Alter	7,75	3,5-17,5	5,5	2,5-20,5	4,75	3-17
Geschlecht	1	1-3,5	1	1-3	1,25	1-9
Berufstätigkeit	4,75	1,5-17,5	4,75	2-18,5	5,5	2-13
Entfernung zum Reha-Ort	13,25	4,5-17	11,5	1,5-16	17,5	3,5-20
Reha-Ziel	13,25	3,5-21	10	5-19,5	11,5	2,5-20
Subjektive Prognose des Beurteilers	7,25	2,5-19,5	6	2,5-17	8,5	1,5-17

Zusammenfassung

Es kann angenommen werden, dass eine Mehrheit von Veranlassern und Gutachtern die differentielle Indikation zur stationären und teilstationären neurologischen Rehabilitation auf relevante und valide Kriterien stützt.

Tabelle 2: Kriterien bei SHT

	Akut-KH		Reha-klinik		Ärztl. Dienst	
	Rang-Md	Range	Rang-Md	Range	Rang-Md	Range
Sensomotorische Behinderung	17,5	3,5-20	18	8,5-20	16,75	11,5-20,5
Mobilität	18	7,5-21	19	12-20	16,25	9-20
Zeit seit Ereignis	7,75	3,5-19	12	3-20	7	2,5-20
Medizinischer Überwachungsbedarf	18	1-21	19	10-21	16,75	5,5-21
Compliance	15,25	7,5-19	15,5	7,5-19,5	15,25	7-20
Motivation	15,25	3,5-19,5	14,5	5,5-20	14,75	10,5-19,5
Neuropsychologische Defizite	17,5	7,5-20	17	12,5-19,5	19	11,5-21
Depressivität	9,25	3,5-15,5	8,5	5,5-17,5	8,5	6-13,5
Hospitalisierungsgefahr	7,75	2,5-20,5	10	2,5-20	6,25	1,5-17,5
Begleiterkrankungen/-verletzungen	14,5	1,5-21	16	8,5-20	11,5	4-18,5
Suchtverdacht	7	2,5-18	8	2,5-19	14	3,5-20
Soziales Umfeld	11,25	1-18	10	3-15	10	1,5-16,5
Familiäre Konstellation	11,75	4,5-17,5	10	2,5-15,5	9	3-17,5
Patientenpräferenz	14,5	4,5-19,5	6,5	2,5-15	8,25	2-15,5
Angehörigenpräferenz	6,5	2-15	6,5	2,5-11,5	7,25	2-20
Alter	8,25	2,5-19	5,5	2-20	4,25	3-11
Geschlecht	1	1-7,5	1,5	1-3	1,25	1-7
Berufstätigkeit	4	1,5-17,5	6,5	2-14,5	4,75	2-11,5
Entfernung zum Reha-Ort	11,75	4,5-20	12	1,5-19	17,75	9-20
Reha-Ziel	12,75	4-21	11,5	6,5-19	11,75	3-20
Subjektive Prognose des Beurteilers	6,25	2-18,5	6,5	1,5-16,5	7,25	1,5-16,5

Literatur

Barnes, M. (1993): Organization of neurological rehabilitation services. In: Greenwood R, Barnes M, McMillan TM (eds): Neurological rehabilitation. Edinburgh: Churchill Livingstone, 29-40.

Bürger, W., Koch, U. (1998): Indikation, Bedarf und Inanspruchnahmebereitschaft zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation. Hamburg: Hamburger Forschungsgruppe Rehabilitation.

Herrmann, M., Laufer, M.E., Kohler, J., Wallesch, C.W. (1997): Ambulante/teilstationäre neurologisch-neuropsychologische Rehabilitation. Teil II: Ergebnisse einer Analyse der Versorgungssituation in Süddeutschland. Nervenarzt, 68, 801-805.

Depressive Störungen nach Schlaganfall – bisher schon angemessen erfasst?

Schmidt, R., Löttgen, J., Ruby, S., Kringler, W.

Kliniken Schmieder, Konstanz

Der Schlaganfall ist in Deutschland die dritthäufigste Todesursache; die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen liegt bei etwa 250.000 – 300.000. Neben sensomotorischen und kognitiven Funktionsdefiziten hat ein Schlaganfall häufig auch affektive Störungen zur Folge. Die Angaben zu Inzidenz und Prävalenz depressiver Störungen nach Schlaganfall („poststroke depression“) in den verschiedensten Studien schwanken sehr (Prävalenz von 25 % bis hin zu 75 %), doch handelt es sich zweifellos um ein ernst zu nehmendes Krankheitsgeschehen, gerade auch in rehabilitationsmedizinischer und sozialmedizinischer Hinsicht.

Vor diesem Hintergrund soll mit dem vom BMBF geförderten und in den Forschungsverbund Ulm eingebetteten Forschungsprojekt „Depressive Störungen nach Schlaganfall“ der Einfluss depressiver Störungen auf den Rehabilitationsverlauf erhellt werden. Insgesamt ist vorgesehen, in drei Jahren 300 Patienten in drei verschiedenen Behandlungskontexten zu untersuchen. Bisher wurden 80 Schlaganfallpatienten (Alter ca. 30-80 Jahre) neurologisch-psychiatrisch, neuropsychologisch und mittels verschiedener Fragebögen untersucht. Wesentliche Aspekte wie Depression, Angst, Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen werden durch psychometrische Messinstrumente abgebildet. Die bisherige Datenanalyse ergab hoch signifikante Verbesserungen der Depressivität im Verlauf der Behandlung sowohl in Selbst- als auch in Fremdratingverfahren. Die Stabilität dieser positiven Veränderungen wird mittels der vorgesehenen Katamneseerhebungen (nach 6, 12 und 24 Monaten) überprüft.

Vorgestellt werden, mit Schwerpunkt auf der Frage einer angemessenen diagnostischen Zuordnung und einer Beschreibung typischer klinischer Bilder, die Ergebnisse einer Zwischenauswertung. Wie diese Ergebnisse zusammen mit einer umfassenden Literaturdurchsicht zeigen, dürften die jeweils unterschiedlichen Kriterien, die bei der Diagnosestellung einer Depression angelegt werden, wesentlich für die erheblichen Schwankungen der Inzidenz und Prävalenz depressiver Störungen nach Schlaganfall mitverantwortlich sein. Liegt eine körperliche Schädigung vor, werden depressive Störungsanteile, zumal wenn sie sich in auch körperlich erklärbaren Symptomen äußern, besonders leicht übersehen. Offensichtlich sind aber auch die gängigen Diagnosenkataloge (z.B. ICD-10) in ihrer strikten Differenzierung somatogener und psychogener Störungen nicht in jedem Fall geeignet, diese Erscheinungsbilder adäquat abzubilden. Insofern sind Fragen wie etwa „Wie manifestieren sich depressive Störungen, insbesondere nach Schlaganfall?“ oder „Wie erkennt man depressive Störungen nach Schlaganfall?“ bis heute nicht angemessen beantwortet; ihnen kommt für die Rehabilitation voraussichtlich sogar besondere Bedeutung zu. Eine zentrale, häufig nur mit hohem Aufwand und meist auch nur unvollständig zu lösende Aufgabe stellt dabei die Differenzierung ggf. neuropsychologisch fassbarer mentaler Funktionsdefizite in ihre primär hirnorganischen und psychosozialen Störungsanteile dar – bzw. die Beschreibung derer Wechselwirkungen. Es lassen sich, zumal unter Einbeziehung weiterer

Merkmale, wie etwa von Bewältigungsstrategien oder Kontrollüberzeugungen, durchaus aber auch mit einfachen klinischen Mitteln wiederkehrende, typische Störungsbilder beschreiben, deren Kenntnis den Umgang mit depressiven Störungen im normalen Alltag der neurologischen Rehabilitation sehr erleichtern können. Diese - bei Diagnosestellung allein nach einem der gängigen Klassifikationssysteme gleichsam verdeckten - Störungsbilder zu kennen, aber ist aus zweierlei Gründen darüber hinaus wichtig: Im Vergleich zu den offensichtlichen psychiatrischen Störungen liegt ihre Problematik darin, dass sie, solange sie unbemerkt bleiben, nicht angemessen behandelt werden können und dann leicht zum Ausgangspunkt ungünstiger Verläufe werden. Umgekehrt kann von einer differenzierteren, angemessenen Erfassung depressiver Störungen nach Schlaganfall auch erwartet werden, dass besser zwischen behandlungsbedürftigen Störungen und nicht behandlungsbedürftigen, sich selbst limitierenden Stimmungsschwankungen unterschieden werden kann. Neben der Vermeidung einer medizinischen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Unter- oder auch Überversorgung eröffnet die erneuerte Frage nach dem klinischen Erscheinungsbild solcher depressiver Störungen gleichzeitig neue Möglichkeiten zur Entwicklung unmittelbarer am jeweiligen Bedarf orientierter Behandlungsstrategien.

Literatur

Burvill, P.W., Johnson, G.A., Jamrozik, K.D. (1995): Prevalence of Depression after Stroke: The Perth Community Stroke Study. British Journal of Psychiatry, 166, 320-327.

Frühwald, S., Löffler, H., Baumhackl, U. (1999): Depressionen nach zerebrovaskulären Ereignissen. Überblick und Abgrenzung von anderen psychiatrischen Komplikationen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 67, 155-162.

Grigoleit, H. (1997): Einsparpotentiale in der Rehabilitation - durch gezieltere Patientenauswahl. Rehabilitation, 36, 7-11.

Harrington, C., Salloway, S. (1997): The diagnosis and treatment of post-stroke depression Medicine and Health, 80, 181-187.

Heinemann, L.A.J., Barth, W., Garbe, E. (1998): Epidemiologische Daten zur Schlaganfallerkrankung. Daten des WHO-MONICA-Projektes in Deutschland. Der Nervenarzt, 69,1091-1099.

Hosking, S.G., Marsh, N.V., Friedman, P.J. (1996): Poststroke Depression: Prevalence, Course, and associated Factors. Neuropsychology Review, 6, 107-133.

Kotila, M., Numminen, H., Waltimo, O., Kaste, M. (1998): Depression After Stroke. Results of the FINNSTROKE Study. Stroke, 29, 368-372.

Loong, C.K., Kenneth, N.K.C., Paulin, S.T. (1995): Post-stroke-depression: outcome following rehabilitation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29, 609-614.

Löttgen, J., Schmidt, R., Lütgehetmann, R. (1995): Die integrierte, medizinisch-somatische und psychotherapeutische Behandlung in der neurologischen Rehabilitation - II. Typische klinische Fragestellungen. Vortrag auf der 6. Jahrestagung in der Arbeitsgemeinschaft für Neurologisch-Neuropsychologische Rehabilitation der DGNKN, München.

Morris, P.L.P., Robinson, R.G. (1992): Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. The Medical Journal of Australia, 157, 239-242.

Schmidt, R., Löttgen J., Schmidt, J. (1997): Die direkte Integration medizinisch-somatischer und psychotherapeutisch-psychosozialer Ansätze in der neurologischen Rehabilitation:

Klinische Beobachtungen und aktuelle Praxis im 4. Jahr eines integrativen Versorgungsmodells. Vortrag auf dem 7. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, Hamburg.

Schubert, D.S.P., Taylor, C., Lee, S.K., Mantari, A., Tamaklo, W. (1992): Detection of depression in the stroke patient. Psychosomatics, 33, 290-294.

Tyson, S.F., Turner, G. (1999): The process of stroke rehabilitation: what happens and why. Journal of Clinical Rehabilitation, 13, 322-332.

Van de Weg, F.B., Kuik, D.J., Lankhorst, G.J. (1999): Post-stroke depression and functional outcome: a cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. Journal of Clinical Rehabilitation, 13, 268-272.

Effekt einer Einzelbehandlung mit ergotherapeutischem Feinmotoriktraining auf den motorischen Kortex bei Patienten mit armbetonter Hemiparese nach ischämischer Hirnschädigung

Gräf, S. (1), Liepert, J. (2), Uhde, I. (1), Leidner, O. (1), Weiller, C. (2)

(1) Moritz-Klinik, Neurologische Abteilung, Bad Klosterlausnitz, (2) FSU Jena, Klinik für Neurologie, Jena

Stand der Literatur

Es ist bekannt, dass bei Schlaganfallpatienten plastische Veränderungen des motorischen Kortex beobachtet werden können. Eine Reduktion der motorischen Erregbarkeit (Byrnes et al., 1999) und eine Verminderung des kortikalen Repräsentationsareals des paretischen Muskels wurden beschrieben (Cicinelli et al., 1997; Traversa et al., 1997; Liepert et al., 1998).

In Untersuchungen an Schlaganfallpatienten im Subakutstadium wurde die Reorganisation untersucht. Man fand, dass sich die Erregbarkeit des motorischen Kortex über eine Periode von 8 – 10 Wochen partiell normalisierte (Traversa et al., 1997; Cicinelli et al., 1997)

Lange war es nicht möglich zuzuordnen, ob es sich bei beobachteten Verbesserungen um Spontanremission handelt oder ob diese durch physiotherapeutische Interventionen hervorgerufen wurden.

In den letzten Jahren wiesen verschiedene Analysen daraufhin, dass Physiotherapie nach Schlaganfall die Wiederherstellung der motorischen Funktionen begünstigt.

Einleitung

Ziel unserer Arbeit war es, den Effekt intensiven ergotherapeutischen Feinmotoriktrainings auf den motorischen Cortex bei Patienten mit ischämischer Hirnschädigung und armbetonter Hemiparese um Kraftgrad 4- und besser nachzuweisen. Ergotherapeutisches Training ist ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der neurologischen Rehabilitationsbehandlung. Um den Einfluss möglicher relevanter, oben beschriebener Spontanremission zu minimieren, wählten wir einen kurzen Zeitraum.

Methodik

Mittels transkranieller magnetischer Stimulation wurden Repräsentationsareale des Muskulus abduktor pollicis brevis erstellt und diese vor und nach dem Training bezüglich Arealgröße, motorischer Schwellen und der Lokalisation der Arealschwerpunkte verglichen.

Untersucht wurden 9 Patienten (5 männliche, 4 weibliche) mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren. Das Ereignis lag im Mittel 42,5 Tage zurück.

Eine Woche vor der eineinhalbstündigen intensiven Beübung führten wir eine erste Baselinemessung durch. Weitere Messungen erfolgten unmittelbar vor und nach der Therapiesitzung sowie am folgenden Morgen.

Gleichzeitig wurden motorische Funktionen mittels Nine-hole-peg-Test und Frenchay-Arm-Test überprüft.

Resultate

Bei der Baseline – Messung war das Handmuskelrepräsentationsareal des M.abd. poll. brevis der geschädigten Seite kleiner und die Schwelle in der geschädigten Hemisphäre höher im Vergleich zur nicht geschädigten Hemisphäre.

Nach einwöchiger üblicher Therapie war das Repräsentationsareal des Muskels der geschädigten Seite minimal vergrößert. Die Schwellen über der geschädigten Seite waren gegenüber der Vormessung gering niedriger.

Nach dem Training war eine signifikante Vergrößerung des Repräsentationsareals des paretischen Muskels zu verzeichnen, die motorische Schwelle blieb unverändert.

Gleichzeitig verbesserte sich bei 7 von 9 Patienten die motorische Geschicklichkeit, was sich insbesondere in einer Verbesserung im Nine-hole-Peg-Test manifestierte.

Die Lokalisation der Arealschwerpunkte, also den Koordinatenpunkten mit der größten Amplitude, blieb bei allen Messungen unverändert.

Ein Tag nach dem Training war die Größe des Handmuskelrepräsentationsareals etwas kleiner und auch die motorische Funktion wieder etwas schlechter als bei der Messung sofort nach dem Training, jedoch immer noch größer bzw. besser als zuvor.

Diskussion, Schlussfolgerungen, Ausblick

Schon ein einmaliges eineinhalb-stündiges intensives Feinmotoriktraining führt zu einer signifikanten Steigerung der Erregbarkeit des motorischen Kortex, als Zeichen einer neuroplastischen Veränderung und zu einer Funktionsverbesserung der paretischen Hand bei Patienten nach ischämischer Hirnschädigung. Diese Effekte sind am ehesten auf den verstärkten Gebrauch der paretischen Hand zurückzuführen. Sie sind einen Tag nach der Beübung noch als Trend erkennbar.

Fokale transkranielle Magnetstimulation kann zur Evaluation der zerebralen Effekte physiotherapeutischer Interventionen in der neurologischen Rehabilitation eingesetzt werden. Durch Longitudinaluntersuchungen soll geklärt werden, ob das Ausmaß der Therapie-induzierten Vergrößerung des kortikalen Repräsentationsareals einen Indikator für die langfristige Prognose darstellt.

Literatur

Byrnes, M.L., Thickbroom, G.W., Phillips, B.A., Wilson, S.A., Mastaglia, F.L. (1999):
Physiological Studies of the corticomotor projektion to the hand after subcortical stroke , Clin Neurophysiol 110, 487–498.

Cicinelli, P., Traversa, R., Rossini, P.M. (1997): Post – Stroke reorganization of brain motor output to the hand: a 2 – 4 month follow up with focal magnetic transcranial stimulation , Electroenceph, clin.Neurophysiol , 105 438–450.

Liepert, J., Miltner, W.H.R., Bauder, H., Sommer, M., Dettmers, C., Taub, E., Weiller, C. (1998): Motor cortex plasticity during constraint – induced movement therapy in stroke patients, Neurosci Lett 250, 5–8.

Traversa, R., Cicinelli, P., Bassi, A., Rossini, P.M., Bernardi, G. (1997): Mapping of motor cortical Reorganization after stroke, Stroke 28 110–117.

Arm-Fähigkeits-Training für Schlaganfall- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten mit leichtgradiger zentraler Armparese: eine einfach-blinde, randomisierte, kontrollierte Studie

Platz, T., Winter, T., Pinkowski, C., Müller, N., Eickhof, C., Mauritz, K.H.

Klinik Berlin, Abt. für neurologische Rehabilitation der FU Berlin am UKBF, Berlin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Armmotorik umfasst verschiedene motorische Fähigkeiten, wie etwa Arm und Hand ruhig zu halten, den Arm zielgerichtet zu bewegen, die Fähigkeit kleine und große Objekte zu manipulieren, und die Geschwindigkeit von Hand-Fingerbewegungen (Fleishman, 1964). Für Patienten mit leichtgradiger Hemiparese nach Schlaganfall konnte eine reduzierte Effizienz verschiedener motorischer Armfähigkeiten nachgewiesen werden (Platz et al., 1994; Platz et al., 1999). Entsprechend liegt es nahe, bei leichtgradig hemiparetischen Patienten (alle) diese defizitären Leistungsbereiche zu trainieren. Beim Arm-Fähigkeits-Training werden Aufgaben wiederholt geübt werden, die jeweils diese unterschiedlichen motorischen Fähigkeiten in wechselnder Konstellation erfordern. Aus der Literatur zum motorischen Lernen ist zudem bekannt, dass eine intermittierende Rückmeldung über Trainingserfolge („knowledge of result“) den motorischen Lernerfolg steigern kann (Salmoni et al., 1984).

Im Rahmen der Studie erfolgt eine Wirksamkeitsprüfung für das Arm-Fähigkeits-Training sowie für einen möglichen zusätzlichen Nutzen intermittierender Ergebnismitteilung.

Methodik

Die Prüfung der Effizienz des neu entwickelten „Arm-Fähigkeits-Training“ 2 sowie der Ergebnismitteilung erfolgte mittels einer randomisierten kontrollierten Studie. Sechzig Patienten mit leichtgradiger zentraler Armparese und vorhandener selektiver Fingerbeweglichkeit im subakuten Stadium nach Schlaganfall (45 Patienten) bzw. im subakuten bis frühen chronischem Stadium nach SHT (15 Patienten) wurden geblockt randomisiert auf drei Studienarme mit jeweils 20 Patienten verteilt, die entweder 1. kein Arm-Fähigkeits-Training, 2. Arm-Fähigkeits-Training ohne intermittierende Ergebnismitteilung, oder 3. Arm-Fähigkeits-Training mit intermittierender Ergebnismitteilung erhielten. Vor und nach dem Trainingsintervall wurden die motorischen Funktionen 1. mittels des Zeitbedarfs für alltagsähnliche motorische Aufgaben (TEMPA-Test; Desrosiers et al., 1994) oder 2. mittels kinematischer Analyse von Zielbewegungen (Platz et al., 1999) erfasst.

Ergebnisse

Patienten, die das Arm-Fähigkeits-Training (AFT) erhielten, konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe sowohl ihre alltagsrelevanten Armfunktionen („focal disability“ gemessen mittels TEMPA Test) signifikant deutlicher im Trainingsintervall steigern, als auch bei der kinematischen Analyse stärkere Verbesserungen erzielen: mittlere Verbesserung bezüglich des

Zeitbedarfes für alle TEMPA Aufgaben 38,4 vs. 16,3 sec (p=0.0020), für unilaterale TEMPA Aufgaben 14.4 vs. 7.4 sec (p=0.0075), für eine standardisierte Zielbewegung 131 vs. 53 msec (p=0.0362). Die Ergebnisse waren für beide diagnostische Gruppen vergleichbar (cerebraler Insult, SHT). Intermittierende Ergebnismitteilung hatte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf das Trainingsergebnis.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Das neu entwickelte Arm-Fähigkeits-Training für Patienten mit leichtgradigen zentralen Armlähmungen nach cerebralem Insult oder SHT ist wirksam und verbessert die Armfunktionen alltagsrelevant. Bislang hatte es für diese Patientengruppe kein Training mit nachgewiesener Wirksamkeit gegeben. Das Training ist unmittelbar in der klinischen Praxis anwendbar.

Literatur

Desrosiers, J., Hebert, R., Dutil, E., Bravo, G. (1993): Development and reliability of an upper extremity function test for the elderly: The TEMPA. Canadian Journal of Occupational Therapy; 60, 9-16.

Fleishman, E.A. (1964): The structure and measurement of physical fitness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Platz, T., Denzler, P., Kaden, B., Mauritz, K.H. (1994): Motor learning after recovery from hemiparesis. Neuropsychologia; 32, 1209-1223.

Platz, T., Prass, K., Denzler, P., Bock, S., Mauritz, K.H. (1999): Testing a motor performance series and a kinematic motion analysis as measures of performance in high functioning stroke patients: reliability, validity, and responsiveness to therapeutic intervention. Arch Phys Med Rehabil; 80, 270-277.

Salmoni, A.W., Schmidt, R.A., Walter, C.B. (1984): Knowledge of result and motor learning: a review and critical reappraisal. Psychological Bulletin; 95, 355-386.

Ambulante poststationäre Neurorehabilitation in Würzburg - berufliche Wiedereingliederung nach schwerer erworbener ZNS-Schädigung

Fröhlich, H., Poimann, H., Bieber, K.

Zentrum für Ambulante Rehabilitation, Würzburg

Nach Kunze (1994) erleiden derzeit in Deutschland 200 000 Menschen im Jahr Schädel-Hirn-Verletzungen mit zumindest vorübergehend neuropsychologischen Defiziten. Tate zeigte 1991 auf, dass 70 % aller Schädel-Hirn-Verletzten ab Grad II noch sechs Jahren nach dem Trauma kognitive Defizite aufweisen.

Nach einer schwereren zentralnervösen Schädigung (insbesondere SHT) benötigen viele Patienten auch nach ausreichender stationärer rehabilitativer Behandlung noch ambulante rehabilitative Betreuung, entweder im Sinne einer „klassischen" tagesklinischen ambulanten Neurorehabilitation für einige Wochen bis wenige Monate oder darüber hinaus längerfristig niederfrequente Begleitung bei schwereren Defiziten. Ein Netz wohnortnaher Reha- Einrichtungen, die qualitativ hochwertige ambulante Neurorehabilitation mit multimodalen, mul-

tidisziplinären Therapiekonzepten leisten können, ist geeignet, die Versorgung Schädel-Hirn-Verletzter zu verbessern, die stationäre Verweildauer zu verkürzen und den Patienten schneller wieder in sein soziokulturelles und familiäres Umfeld zu integrieren, wie dies Untersuchungen aus Schweden belegen, wo mittlerweile aufgrund eines entsprechenden ambulanten Angebotes die Verweildauer in der stationären Neurorehabilitation nach Schlaganfall auf sieben Tage verkürzt werden konnte.

In Würzburg gibt es seit 1991 eine Einrichtung für ambulante Neurohabilitation. Zunächst als Abteilung der Praxis von Dr. med. Dipl. Psych. Poimann angegliedert, wurde 1994 das Zentrum für Ambulante Rehabilitation als eigenständiges Unternehmen in neuen Räumen am Haugerring 2 etabliert.

Unter der ärztlichen Leitung von drei Fachärzten für Neurochirurgie arbeitet derzeit ein multidisziplinäres Team aus insgesamt 25 Mitarbeitern (darunter fünf Diplom-Psychologen) nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Ambulante Neurologische Rehabilitation (AG ANR) im Berufsverband der Deutschen Nervenärzte BVDN. Es stehen 12 Therapieplätze zur Verfügung. Sowohl stundenweise als auch ganztagesklinische teilstationäre Behandlungen nach jeweils individuell adaptierten Therapieplänen sind möglich. Zur Zeit werden 65 Patienten im Zentrum für Ambulante Rehabilitation so betreut.

Die Einrichtung ist seit November 1998 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Neben der klinischen Alltagsarbeit werden in Zusammenarbeit mit den Universitäten Würzburg und Graz (Prof. Kallus) Studien zur Evaluation von Therapien, Methoden und Konzepten durchgeführt (unter anderem Poimann et al., 1997; Fröhlich et al., 1996; Fröhlich et al. 1998; Eidenmüller et al., 1998).

Darüber hinaus liegt ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Angehörigenarbeit und der Betreuung der beruflichen Wiedereingliederung besonders schwer zentralnervös geschädigter Menschen.

Seit Anfang 1998 bis 30.09.99 wurden 148 Patienten sukzessive erfasst und auf ihre berufliche Wiedereingliederung hin überprüft. Es handelt sich hierbei um eine völlig unselektierte Patientengruppe aus 71 Schädel-Hirn-Verletzten (entsprechend 48 %), 30 Patienten mit cerebralen Spontanblutungen incl. SAB (entsprechend 20,3 %), 18 Patienten mit cerebraler Ischämie (12,2 %) und 29 Patienten mit anderen zentralnervösen Schädigungen wie Hypoxie, Meningitis, MS, etc. (19,5 %).

Der Frauenanteil beträgt 23,65 %, das Durchschnittsalter über alle Patienten 42 Jahre.

36 Patienten waren bereits vor Eintritt der ZNS-Erkrankung berentet (Alter, andere Gründe). Von den 112 verbleibenden Patienten konnten im Laufe der ambulanten poststationären Neurorehabilitation 30 Vollzeit (entsprechend 26,8 %) zum Teil in ihren alten Beruf wieder eingegliedert werden.

18 (entsprechend 16,1 %) konnten so weit rehabilitiert werden, dass nunmehr berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden können.

3 (entsprechend 2,7 %) waren bereits bei Aufnahme im Ambulanten Reha- Zentrum teilzeitmäßig wieder berufstätig und konnten im weiteren Verlauf die berufliche Belastung steigern.

24 (21,4 %) Therapien laufen derzeit noch, ohne dass eine konkrete berufliche Perspektive absehbar ist.

37 (entsprechend 33,0 %) berufliche Wiedereingliederungsversuche sind definitiv gescheitert aufgrund der Schwere der ZNS-Schädigung, wobei die Therapie zum Teil noch nicht abgeschlossen ist.

Diese Zahlen liegen im Bereich der von Fries 1999 angegebenen Größenordnung und zeigen die Effektivität poststationärer ambulanter Neuroreha- Maßnahmen. In einer bundesweiten Multi-Center-Studie soll durch die in der AG ANR zusammengeschlossenen Reha-Einrichtungen gezeigt werden, dass im Vergleich zu früheren Untersuchungen durch adäquate ambulante poststationäre Betreuung im Rahmen eines multimodalen, multidisziplinären Therapiekonzeptes eine Steigerung der beruflichen Wiedereingliederungsrate bei Menschen mit schweren erworbenen ZNS-Schädigungen erreicht werden kann.

Literatur

Eidenmüller, A., Kallus, K.W., Duschek, S. (1998): Evaluation von Aufmerksamkeitstrainings in der ambulanten, neuropsychologischen Rehabilitation. In: Neue Entwicklungen in der postakuten Rehabilitation, Neuro-Reha-Tage 98 in Wetzlar.

Fröhlich, H., Kallus, K.W., Poimann, H. (1996): Evaluation of Rehabilitation Measurement in an Outpatient Neuropsychological Care. In: Joint Meeting, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Society of British Neurological Surgeons, Hannover September 14-17.

Fröhlich, H., Poimann, H., Bieber, K. (1998): Die Entwicklung eines Netzwerkes zur regionalen ambulanten neuropsychologischen Versorgung. In: Neue Entwicklungen in der postakuten Rehabilitation, Neuro-Reha-Tage 98 in Wetzlar.

Poimann, H., Fröhlich, H., Bieber, K. (1997): Neuropsychology in Neurosurgical Outpatient Long Term Rehabilitation. In: Neuropsychology in Neurosurgery Psychiatry and Neurology - Proceedings of the 1st Aachen Conference at December 12-14th.

Purucker, H.K., Poimann, H.: Ambulante neuropsychologische Übungsbehandlung nach Schädel-Hirn-Trauma, in: Neurologische Frührehabilitation, (Hrsg.) K. von Wild, H.-H. Janzik.

FIT-Programm - ein geeigneter Weg zur rehabilitativen Nachsorge bei neuropsychologischen Störungen? Erste Ergebnisse

Kulke, H.

Fachklinik, Herzogenaurach

Das FIT-Programm (Kulke et al., 1999) besteht in einem komplexen System, das neue therapeutische Modelle unter Zuhilfenahme von angepassten Hard- und Softwarelösungen (Eisermann et al., 1999) untersucht und erprobt. Es verfolgt den Zweck, effektive neuropsychologische Trainingsmethoden, eingebettet in ein neuropsychologisches Nachsorgeprogramm, in den poststationären Bereich zu übertragen. In einer ersten Pilotstudie wurde untersucht, welche strukturellen und apparativen Voraussetzungen erforderlich sind, um PatientInnen mit neuropsychologischen Störungen zu eigenständigen, nicht in unmittelbarer

Anwesenheit von Therapeuten durchgeführten Trainingssitzungen zu befähigen. Die Trainingssitzungen bekommen in diesem Setting die Funktion therapeutischer Hausaufgaben, ersetzen also nicht die Therapie, sondern ergänzen sie und machen sie (hoffentlich) effektiver. Inwieweit PatientInnen von solchen Sitzungen profitieren können, wurde zunächst nur anhand subjektiver Parameter untersucht; eine psychometrische Absicherung ist erst in Folgestudien intendiert, die Effekte im poststationären Bereich untersuchen sollen.

In einer ersten Auswertung (Erhebungszeitraum vom 16. Februar bis 5. Mai 1999) konnten die Erfahrungen mit insgesamt 22 PatientInnen herangezogen werden. Die Stichprobe setzte sich aus 7 Frauen und 15 Männern mit einer Altersspanne zwischen 21 und 70 Jahren (Durchschnittsalter 45 Jahre) zusammen; 14 der ProbandInnen hatten Hirngefäßerkrankungen erlitten, 5 ein Schädelhirntrauma, zwei litten unter Hirntumoren, einer hatte eine entzündliche ZNS-Erkrankung. 15 PatientInnen wurden während des stationären Aufenthalts behandelt, 7 PatientInnen teilstationär. Die vertretenen Berufsgruppen variierten stark, LKW-Fahrer waren ebenso vertreten wie Lehrerinnen, Unternehmensberater oder Pflegekräfte.

Seitens der PatientInnen wurde das Programm mit großer Zustimmung aufgenommen. Nahezu alle Beteiligten fühlten sich gut vorbereitet und beraten; über technische Probleme im Rahmen der Trainingssitzungen wurde nur in der Anfangsphase berichtet, wo gelegentlich Programmabstürze mit schwer zu rekonstruierenden Ursachen auftraten. Während der Trainingssitzungen wurde emotionale Unterstützung nicht erforderlich und daher auch nicht vermisst. Therapiefrequenz und Schwierigkeitsgrad wurden als angemessen bewertet, gelegentlich traten Wünsche nach einer Steigerung der Frequenz auf, die jedoch in der Regel aus therapeutischen Erwägungen (Schutz vor Selbstüberforderungsneigung) auch dann nicht befriedigt wurden, wenn genügend Therapiekapazität verfügbar gewesen wäre.

Die Nützlichkeit der Maßnahme für den Heilungsprozess wurde schwankend bewertet, überwiegend nützlich sei die Prozedur zur Förderung von Konzentration, Ausdauer und Leistungsfähigkeit allgemein, weniger Nutzen entstünde für die Emotionalität, vor allem im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung. Auch wenn letzterer Bereich als Trainingsziel nicht intendiert war, so macht dennoch die explizite Nennung gerade dieses Bedürfnisses die enorme Bedeutung persönlichen therapeutischen Kontakts deutlich. Kritische Stimmen gründeten sich ausschließlich auf die Gefahr der Vernachlässigung dieses Aspekts.

Die Möglichkeit, zu Hause weiter zu üben, wurde etwa von der Hälfte der Beteiligten gerne genutzt; die ablehnende Hälfte begründete ihre Haltung mit einer ohnehin schon bestehenden an Anregungen reichen Alltagsstruktur, mit einer drohenden zeitlichen Überlastung durch andere, für die eigene Gesundung noch wichtigere Therapien (der Aufwand hierfür wird bei verordnenden Ärzten und Therapeuten gelegentlich unterschätzt) oder mit der Sorge, statt persönlicher Zuwendung mit einer Maschine abgespeist zu werden.

Aufgrund dieser Resonanz kann nunmehr ein nächster Schritt ins Auge gefasst werden. In der zweiten Projektphase ist intendiert, PatientInnen während der teilstationären Rehabilitation eine mobile PC-Einheit zur Verfügung zu stellen, mit der diese außerhalb der Rehabilitationsklinik nach freier Zeiteinteilung ihr Training intensivieren können. Zu messende Parameter sind hier zusätzlich die gewählte Übungsfrequenz und Zeitdauer. Dieses Setting wurde gewählt, weil die sozialmedizinischen Rahmenbedingungen der Rehabilitation ge-

genwärtig ambulante neuropsychologische Rehabilitation noch nicht zulassen und daher noch keine breit angelegte Untersuchung im poststationären Bereich möglich ist. Dennoch ist parallel mit einer limitierten Patientenzahl und eingeschränkter Fragestellung (Aufmerksamkeitsstörungen) eine psychometrische Effektivitäts-Kontrolluntersuchung intendiert, in der PatientInnen nach der Entlassung aus der Rehabilitation für einige Wochen am FIT-Programm teilnehmen.

Literatur

Kulke, H., Schupp, W., Winter, I., Breimesser, F., Birkhölzer, T. (1999): Fortgeführtes Intensiv-Trainings-Programm, Poster auf der VDR-Tagung in Norderney.

Eisermann, U. et al (2000): SIEMENS Rehab Assistant - Das integrierte Konzept für die Telerehabilitation, Beitrag VDR-Tagung Würzburg.

Kasten, E. et al (1998): Effektive neuropsychologische Behandlungsmethoden, Bonn.

Dimensionen gesundheitlicher Integrität und Behinderung bei Menschen mit Epilepsie

Wohlfarth, R. (1, 2), Hammen, A. (2)

(1) Klinik für Erwachsene, Epilepsie-Zentrum Kork, Kehl; (2) Klinikum für Medizinische Rehabilitation - Schwarzwaldklinik-Neurologie, Bad Krozingen

Einleitung

Die Erkrankung Epilepsie ist mit einer Prävalenz von 0,8 – 1 % eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Eine Epilepsie gilt bislang nicht als Indikation für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Rehabilitation kann aber bei Begleiterscheinungen angezeigt sein, wie z.B. Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, geringe allgemeine Belastbarkeit oder Störungen körperlicher Funktionen. Anhand von drei Untersuchungen sollen die interiktalen Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung von Menschen mit aktiven therapierefraktären Epilepsien umfassend dargestellt und der sich daraus ergebende Rehabilitationsbedarf aufgezeigt werden.

Methode

Stichprobe I umfasste 70 Patienten aus dem prächirurgischen Programm der Klinik für Erwachsene des Epilepsiezentrums Kork, die mittels eines eigens erstellten Fragebogens zu psychosozialen Problemen befragt wurden. In Stichprobe II wurden bei 50 Patienten anhand eines standardisierten Interviews alltägliche Belastungen aufgrund der Epilepsie erfasst. In Stichprobe III untersuchten wir 47 konsekutive Patienten einer Epilepsie-Normalstation anhand eines Fremdratings und des Freiburger Persönlichkeitsinventars zu psychischen und sozialen Problemen.

Ergebnisse

1. Interiktale Funktionsstörungen

Menschen mit Epilepsie klagen über eine Vielzahl von Begleiterscheinungen, die direkt oder indirekt Folge ihrer Erkrankung sind. Über 50 % der Patienten beschreiben körperliche Be-

einträchtigungen, die meist als Nebenwirkungen von Medikamenten entstehen. Globale mentale Funktionsstörungen finden sich nur selten, dagegen sind Störungen von spezifischen kognitiven Funktionen häufig: Bei 74 % zeigen sich Aufmerksamkeitsstörungen, bei 77 % Gedächtnisstörungen, 65 % beschreiben Leistungseinschränkungen im Beruf. Im Bereich emotionaler Funktionsstörungen äußern, abhängig von der Stichprobe und der verwendeten Methoden, 25- 60 % der Betroffenen depressive Verstimmungen. Angststörungen (10-20 %) sind eher selten und beziehen sich meist auf die Angst vor einem Anfall.

2. Aktivitäten und Partizipation

50- 75 % der Patienten beschreiben Probleme in der Mobilität. Im Vordergrund steht das Verbot, Auto fahren zu dürfen. Bei 40-55 % der Patienten bestanden Probleme im beruflichen Kontext. Neben Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle zu finden, werden Leistungsdefizite und Einschränkungen der Einsatzfähigkeit beklagt. 25 - 65 % der Patienten klagen über Probleme im Freizeitbereich, bei Hobby und Sport. Auch hier entstehen die Belastungen vorwiegend aufgrund von Verboten und Einschränkungen.

Je nach Untersuchungsmethode ergeben sich bei 15- 65 % der Patienten Probleme bei Sozialkontakten, deren Ursachen meist Angst vor Stigmatisierung (26 %) und Angst vor falschem Umgang mit Anfällen (24 %) sind.

Diskussion

Die Ergebnisse der einzelnen Studien stimmen gut mit anderen Untersuchungen überein, die zeigen, dass Epilepsien nicht nur körperliche Erkrankungen sind, sondern enorme psychosoziale Belastungen nachsichziehen (Thompson et al., 1993). Die psychischen und sozialen Schwierigkeiten werden manchmal als gravierender eingeschätzt als die Anfälle. Einschränkend ist allerdings festzustellen, dass von uns keine anfallsfreien Patienten untersucht wurden. Bei diesen Patienten zeigt sich meist eine deutlich bessere psychosoziale Anpassung (Jacoby et al., 1992), obwohl mehr soziale Probleme auftreten als bei gesunden Personen (Jalava et al., 1995).

Schlussfolgerungen

Epilepsien sollten nicht nur medikamentös behandelt werden, sondern erfordern umfangreiche rehabilitative Anstrengungen, um diese Begleiterscheinungen zu mildern (Specht et al., 1998). Die medizinische Rehabilitation muss jedoch, wie klinische Erfahrungen zeigen, auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten mit Epilepsie zugeschnitten sein. Eine Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie muss nach unseren Ergebnissen umfassen: (1) Hilfen zur Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung (Belastungserprobung, Arbeits- und Berufstherapie, spezifische berufs- und arbeitsbezogene Beratung) (2) Behandlung funktionaler und kognitiver Einschränkungen, (3) Spezielle Gesundheitserziehung (Wissen über die Erkrankung und die sozialrechtlichen Bestimmungen, adäquates Offenbarungsverhalten der Behinderungen und kommunikativer Kompetenzen, krankheitsangemessenes Verhalten, soziale Kompetenzen), (4) Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und psychotherapeutische Behandlung emotionaler Störungen.

Literatur

Jacoby, A. (1992): Epilepsy and the Quality of Everyday Life. Social Sciences and Medicine. 34, 657-666.

Jalava, M., Sillanpää, M., Camfield, C., Camfield, P. (1995): Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: A prospective controlled study. Epilepsia, 38, 708-715.

Specht, U., Thorbecke, R. (1999): Epilepsien. In: P. Frommelt, H. Grötzbach (Hrsg.). Neurorehabilitation – Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin, Wien: Blackwell-Wissenschaftsverlag, 452-465.

Thompson, P., Oxley, J. (1993): Social aspects of epilepsy. In: Laidlaw, J., Rickens, A., Chadwick, D. (eds.) A Textbook of Epilepsy. Edinburgh, London, Madras, Melbourne, New York, Tokyo: Churchill Livingstone, p. 661-704.

Ergebnisse neurologischer Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT) im Vorschul- und Schulalter im Langzeitverlauf -vorläufige Daten der ersten 105 Probanden einer retrospektiven follow-up Studie

Schwermer, C., Ritz, A., Kiesow, S., Benz, B.

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Friedehorst, Bremen

Über das Outcome nach SHT bei Kindern wird kontrovers diskutiert. Nach neuesten Daten führt ein SHT zur Krankenhausbehandlung mit einer Rate von 313 per 100000 Einwohnern (Palmer, 1998). Auch neuere deutsche Studien bei Kindern beziehen sich nur auf das Outcome direkt nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus (Feickert et al., 1999), welche bezogen auf das relevante, den Patienten beeinträchtigende Handicap und auf seine langfristige soziale Integration viele Fragen offen lassen.

In einer retrospektiven follow-up Studie werden alle ehemaligen Patienten unseres Zentrums, welche wegen der Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (Unfallalter < 16 Jahre; 6 Monate -16 Jahre) im Alter von 16-22 Jahren zur Teilnahme aufgefordert. Es werden Daten der ersten Teilstichprobe (n= 105) dargestellt.

Nach Schweregrad erfolgte eine Einteilung der Patienten in 3 Gruppen:

Gruppe 1 (leichtes SHT,GCS 13-15 Punkte bzw. posttraumatische Amnesie (PTA) < 24 Stunden) n=10

Gruppe 2 (mittelschweres SHT, GCS 9-12 Punkte bzw. PTA > 24 Stunden - 7 Tage) n=34

Gruppe 3 (schweres SHT, GCS ≤ 8 Punkte bzw. PTA > 7 Tage) n=61.

Bei 38 weiblichen (36,2 %) und 67 männlichen (63,8 %) Probanden lag der Beobachtungszeitraum zum Untersuchungszeitpunkt T3 bei 9,6 +/-3,4 Jahren und das Alter bei 19,3 +/-2,5 Jahren.

Der Glasgow-Outcome-Score (GOS =1 völlige Erholung bis GOS =5 vegetativer Zustand oder Tod) T3 aller Probanden lag durchschnittlich bei 2,00 +/- 0,81 Punkten mit einem signifikantem Effekt des SHT-Grades auf das Outcome gemessen im GOS Score ($p < 0{,}000$) und einer negativen Korrelation des GOS-Scores mit dem Unfallalter in Jahren ($p < 0{,}015$).

Schulische/berufliche Lebenssituation der Gruppe 2 und 3 Patienten aus n=105:

Gruppe 2 (n= 34): 10 Haupt-/Real-/und Sekundarstufe II-schule, 8 berufsvorbereitende Maßnahmen/Berufsbildungswerk, 8 Ausbildung freier Arbeitsmarkt, 2 Studium, 2 ungelernte, 2 gelernt freier Arbeitsmarkt, 2 arbeitslos.

Gruppe 3 (n=61): 4 Schule für Lern-/Geistigbehinderte, 15 Haupt-/Real-/und Sekundarstufe II-schule,12 berufsvorbereitende Maßnahmen/Berufsbildungswerk, 1 Studium, 4 ungelernte, 3 gelernt freier Arbeitsmarkt, 10 Werkstatt für Behinderte, 5 arbeitslos.

Das Ausmaß der sozialen Behinderung, (Items der Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung), ist erhöht bei mittelschwerem und schwerem SHT ($p< 0,015$) und größer bei einem Unfallalter < 9 Jahre gegenüber der Gruppe ab 9 Jahren ($p< 0,04$).

Eine Posttraumatische Epilepsie (PTE) haben 11,4 %. Die PTE-Rate betrug bei offenen SHT's 33,3 % versus 8,6 % bei geschlossenem SHT's ($p< 0,01$).

Die mittlere Rangposition der PTE Patienten (Ränge der neuropsychologischen Testergebnisse) war schlechter als die der Gesamtpopulation ($p< 0.05$).

52,4 % der Probanden brauchten eine sozialmedizinischen Beratung.

Je jünger der Patient bei substantiellem SHT, um so mehr müssen rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden, da die globale Gruppenprognose schlechter ist. Rehabilitationsmedizinisches Know-How ist im weiteren Langzeitverlauf erforderlich, um bei der Vorbereitung des Einstieges in das Erwerbsleben gezielt zu beraten.

Obwohl die klinische Erfahrung und Literatur zeigen, dass auch vermeintlich „leichte" SHT beim Kind zu einer erheblichen Fähigkeitsstörung und unbehandelt zu einem relevanten Handicap führen können, spiegelt sich in unseren Fallzahlen wieder, dass dies in den zurückliegenden Jahren überwiegend noch zu unzureichenden Konsequenzen in der Praxis der Zuweisung an spezialisierte Zentren geführt hat.

Literatur

Palmer, J.D. (1998): The epidemiology of head injuries. Neurology, Current Medical Literature, The Royal Society of Medicine, Vol14 Nr. 2, 31-36.

Feickert, H.J., Drommer, S., Heyer, R. (1999): Severe head injury in children: Impact of risk factors on outcome, Trauma, Jul, 47 (1), 33-8.

Koelfen, W., Schmidt, B., Dinter, D., Rohr, H. (1997): Langfristige Prognose von Kindern nach einem Schädel-Hirn-Trauma mit guter Erholung nach der Glasgow-Outcome-Skala. Monatszeitschr Kinderheilkd 145, 489-495.

Kieslich, M., Jacobi, G. (1995): Incidence and risk factors of post-traumatic epilepsy in childhood.The Lancet Vol. 345, 187.

Ritz, A., Benz, B. (1993): Das minimale Hirntrauma beim Kind. paediatrische praxis 45, 237-251.

Assessments in der Rehabilitation von Patienten mit Postpoliosyndrom

Bocker, B., Winkelmann, C., Smolenski, U.

Institut für Physiotherapie der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Grundlage der Rehabilitation ist die Erstellung und Kontrolle eines Rehabilitationsplanes mit entsprechend ausgerichteten Verfahren der Physikalischen Therapie. Hierzu ist die Erfassung der Funktionsstörung und daraus folgender Aktivitätsstörung mit einer möglichen Partizipationsstörung als Kriterium der Alltagsfunktion der Patienten zum einen sowie die Evaluation rehabilitativer Interventionen in ihrer Effektivität zum anderen notwendig (Dittmar et al., 1997). Um den allgemeinen bzw. krankheitsspezifischen Gesundheitsstatus der Patienten zu messen, ist der SF 36 (Medical Outcomes Short Form) bzw. der FIM (Functional Independence Measurement) ein probates Messinstrument (Ware, 1994; Hoppe, 1994). Zur Beurteilung der Arm- und Beinfunktion wird der Motricity-Index (MI) von Demeurisse et al. (1980) nach den bekannten Paresegraden, die gewichtet den MI mit maximal 100 Punkten ergeben, angewendet.

Fragestellungen

- Ist die Belastbarkeit der Patienten im Alltag messbar?
- Sind die angewandten Assessments geeignet, den Krankheits- und Therapieverlauf bei Patienten mit Postpoliosyndrom zu evaluieren?

Methodik

Untersucht wurden 21 Patienten , die an den charakteristischen Symptomen eines sogenannten Postpoliosyndromes leiden (Halstead et al., 1996).

Strukturmerkmale

Alter	Geschlecht	Orthese	Op. Versteifung	Rollstuhl
57 Jahre	w 17	ja 16	ja 8	ja 4
1. Q 49, 3.Q 61	m 4	nein 4	nein 13	nein 17

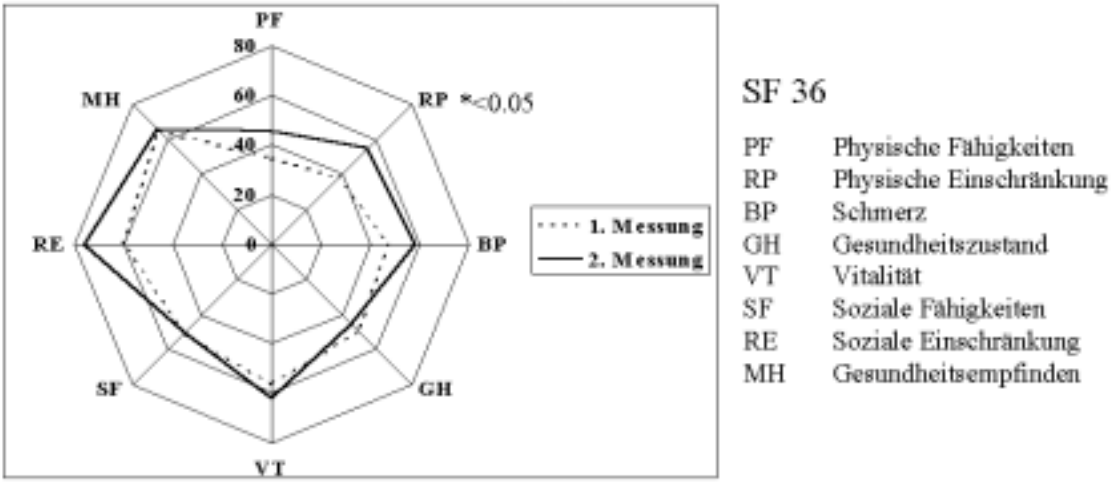
Zur Eingangsuntersuchung sowie nach einem Jahr wurden der SF 36, FIM sowie MI beurteilt. Die statistische Sicherung erfolgte mit dem Wilkoxon-Test (P = 0,05). Während eines Beobachtungszeitraumes erhielten die Patienten eine ambulante Rehabilitation bestehend aus einer Lösungstherapieserie nach Schaarschuch/Haase mit Dehnung der reversibel strukturell verkürzten Muskulatur sowie zwei Serien propriozeptive neuromuskuläre Fazilitationstherapie (jeweils 10 Behandlungen 3x wöchentlich a 30 min). Jeweils 1 x wöchentlich nahmen die Patienten an einer Gruppentherapie mit 30 min Krankengymnastik im Wasser und 30 min Entspannungstherapie teil. Bei bestehender Schmerzsymptomatik wurden zusätzlich befundbezogene physikalische analgesierende Methoden verordnet.

Ergebnisse

Die Bewertung des SF 36 ergab eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Statistisch signifikant gebessert ist die Bewältigung definierter Alltagsaufgaben (Abb. 1).

Bezüglich der Selbstständigkeit der Patienten ist erkennbar, dass keine bedeutsame Änderung einzelner Fähigkeiten sowie des Gesamtscores erfolgte. Hinsichtlich der Muskelfunktion sind anhand des MI keine Änderungen im Beobachtungszeitraum zu verifizieren.

Abb. 1: Ergebnisse (SF 36)



Schlussfolgerungen

Das klinische Ansprechverhalten des FIM ist nicht sensitiv genug, jede Fähigkeitsänderung der Patienten zu erfassen; während der SF 36 in der Lage ist, das Verhalten der Patienten im Alltag sowohl bei der Eingangsuntersuchung zu charakterisieren als auch Änderung im Therapieverlauf auszudrücken. Demgegenüber ist der MI nicht geeignet, muskuläre Funktionsänderungen bei dem beschriebenen Krankheitsbild darzustellen.

Literatur

Demeurisse, G., Demol, O., Robaye, E. (1980) : Motor Evaluation in Vascular Hemiplegia. Eur. Neurol. 19, 382–389.

Dittmar, S.S., Gresham, G.E. (1997): Functional assessment and outcome measures for the rehabilitation professional. Aspen, Gaithersburg.

Halstead, L.S., Grimby, G. (1996): Das Post-Polio-Syndrom. (1., Jena: Gustav Fischer), 197–199.

Hoppe, H., Reißhauer, A., Conradi, E. (1994): Functional Independence Measure - ein neues Verfahren zur Bestimmung des Rehabilitationserfolges. Phys Rehab Kur Med 4, 128–130.

Ware, J.E., Gandek, B. (1994): The IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental research and the IQOLA project. Int J Ment Health 23, 49–73.

Evaluation von Aufmerksamkeitstrainings in der ambulanten neuropsychologischen Rehabilitation

Eidenmüller, A. (1), Kallus, K.W. (2)

(1) ANR-Gesellschaft für ambulante Rehabilitation, Würzburg, (2) Institut für Begleitfo r-schung, Würzburg

Einleitung

Jährlich treten in Deutschland etwa 550.000 neue Fälle einer Hirnschädigung auf, zu deren Folgen sehr häufig auch Beeinträchtigungen der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen zählen (van Zomeren et al., 1994). Etwa 10 % dieser Patienten benötigen nach dem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik eine Weiterführung der neuropsychologischen Behandlung (Kasten et al., 1997). Für diesen Personenkreis fehlen jedoch ebenso häufig wie für Patienten, die an den Spätfolgen einer Hirnschädigung leiden, ambulante und heimatnahe Weiterbehandlungsmöglichkeiten. Zur Behebung dieses Versorgungsdefizites bedarf es wissenschaftlicher Untersuchungen, welche die Effektivität derartiger Rehabilitationsmaßnahmen untersuchen. Hierzu liegen jedoch bisher nur wenige Studien vor (Höschel et al., 1996).

In der vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse zur Effektivität eines ambulanten neuropsychologischen Aufmerksamkeitstrainings bei Patienten mit unterschiedlichen Arten von Hirnschädigungen vorgestellt.

Methoden

Die Evaluation der Effekte des insgesamt achtwöchigen Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainings erfolgte anhand eines Zwei-Gruppen-Versuchsplans mit zusätzlicher Crossover-Anordnung. Im Rahmen eines Blockversuchsplans wurden nach speziellen Kriterien möglichst homogene Patientenpaare gebildet, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen zu gewährleisten. Es nahmen insgesamt 20 Patienten an der Untersuchung teil. Bezüglich der Interventionsmaßnahmen wurden zwei Gruppen mit den Trainingsschwerpunkten Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bzw. Training aufmerksamkeitsunspezifischer Materialien gebildet. Bei der Aufmerksamkeitstrainingsgruppe wurde zusätzlich eine Aufteilung nach den jeweils schwerpunktmäßig trainierten Aufmerksamkeitsbereichen vorgenommen. So erhielt die Hälfte der Personen dieser Gruppe zunächst schwerpunktmäßig ein Training elementarer Aufmerksamkeitsfunktionen (Alertness/ Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, Vigilanz) und nach einer dazwischenliegenden Testphase ein Training höherer Aufmerksamkeitsfunktionen (selektive und geteilte Aufmerksamkeit). Für den anderen Teil der Gruppe galt die umgekehrte Reihenfolge. Durch diese Anordnung sollten unter anderem Hinweise darüber gewonnen werden, ob verschiedene Aufmerksamkeitsfunktionen nur spezifisch zu trainieren sind oder ob sich eine auf verschiedene Leistungen generalisierende Wirkung zeigen lässt.

Zur Veränderungsmessung wurden sowohl computergestützte (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung: Untertests Alertness, Go/Nogo, Geteilte Aufmerksamkeit und Vigilanz) als auch Paper-Pencil-Testverfahren (Zahlen-Verbindungs-Test, Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, Farbe-Wort-Interferenztest, Trail-Making-Test) eingesetzt, um eine möglichst breite

Erfassung verschiedener Aufmerksamkeitsfunktionen zu gewährleisten. Darüber hinaus wurden als Selbstbeurteilungsmaße der Fragebogen erlebter Defizite der Aufmerksamkeit (FEDA) sowie der Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF-88 Reha-P) erhoben.

Ergebnisse

Bei einem Großteil der eingesetzten diagnostischen Verfahren ließ sich im Anschluss an die Trainingsmaßnahmen ein in weiten Teilen signifikant höheres Leistungsniveau bei den aufmerksamkeitsspezifisch trainierten Patienten im Vergleich zu den aufmerksamkeitsunspezifisch trainierten Patienten beobachten. Dies spricht für die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionsmaßnahmen. Diese Ergebnisse waren zum Teil auch auf Selbstbeurteilungsebene und hier vor allem für den Erholungs-Beanspruchungs-Zustand abbildbar. Darüber hinaus ergeben sich bei einigen Tests auch Hinweise auf das Vorliegen aufmerksamkeitsfunktionsspezifischer Trainingseffekte. Dies traf vor allem für die Bereiche Alertness und Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit zu, wo deutliche Leistungssteigerungen lediglich bei spezifisch diese Funktionen betreffenden Trainingsmaßnahmen zu beobachten waren. Resultate, die in eine ähnliche Richtung weisen, wurden für den Bereich der stationären Rehabilitation bereits berichtet (Sturm et al., 1994)

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Effektivität eines ambulanten neuropsychologischen Aufmerksamkeitstrainings ließ sich in der vorliegenden Studie bei Patienten verifizieren, deren Schädigungszeitpunkt teilweise deutlich länger als zwei Jahre zurücklag. Dies spricht für eine Abkehr von der immer noch populären „2-Jahres-Grenze“ für signifikante funktionale Verbesserungen zumindest für den Bereich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen. Zur Abschätzung des Nutzens post-stationärer Behandlungsansätze sind weitere Untersuchungen auch für andere kognitiv-neuropsychologische Funktionsbereiche nötig.

Literatur

Höschel, K., Uhlendorff, V., Biegel, K., Kunert, H.J., Weniger, G., Irle, E. (1996): Effektivität eines ambulanten Neuropsychologischen Aufmerksamkeits- und Gedächtnistrainings in der Spätphase nach Schädel-Hirn-Trauma. Zeitschrift für Neuropsychologie, 7, 69-82.

Kasten, E., Eder, R., Robra, B.-P., Sabel, B. A. (1997): Der Bedarf an ambulanter neuropsychologischer Behandlung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 8, 72-85.

Sturm, W., Hartje, W., Orgaß, B., Willmes, K. (1994): Effektivität eines computergestützten Aufmerksamkeitstrainings von vier Aufmerksamkeitsfunktionen. Zeitschrift für Neuropsychologie, 5, 15-28.

Van Zomeren, A. H., Brouwer, W. H. (1994): Clinical neuropsychology of attention. Oxford: Oxford University Press.

Behandlung von Risikofaktoren zur Sekundärprophylaxe des ischämischen Hirninfarktes: Eine Aufgabe der Neuro-Rehabilitation

Nachtmann, A., Thilmann, A.F.

Neurologische Abteilung der Fachklinik Rhein Ruhr, Essen-Kettwig

Hintergrund

Im Gegensatz zu der gut durch Studien gestützten Primärprophylaxe (Gorelick et al., 1999), der wissenschaftlichen Entwicklung antithrombotischer oder antikoagulatorischer medikamentöser Therapien und operativer oder interventioneller Therapie cerebrovaskulärer Prozesse zur Sekundärprophylaxe ist die Datenlage bei der Einstellung klassischer Risikofaktoren zur Sekundärprävention eines ischämischen Hirninfarktes dürftig.

Als Prädiktoren eines rekurrenten Hirninfarktes sind die Präsenz einer kardiologischen Erkrankung, Hypertonus, Diabetes mellitus, Alkoholkonsum und Präsenz einer Arteriosklerose der hirnversorgenden Gefäße eindeutig identifiziert (Sacco, 1998). Eine antihypertensive Medikation ist sekundärprophylaktisch wirksam (O´Brien et al., 1999). Eine Risikoerhöhung für einen zweiten ischämischen Infarkt durch Hyperlipidämie ist bisher nicht eindeutig bewiesen und wird kontrovers diskutiert (Dyker et al., 1997). Gleiches gilt (noch) für den Diabetes mellitus. Postuliert wird eine Risikoreduktion für einen sekundären ischämischen Hirninfarkt auch bei Behandlung weiterer Risikofaktoren wie Nikotinabusus und Hyperfibrinogenämie, jedoch liegen keine konklusiven Daten hierzu vor.

Auch zur deutlich erhöhten Prävalenz von schlafassoziierten Atemstörungen bei ischämischem Hirninfarkt liegen noch keine eindeutigen Daten vor, die eine sekundärprophylaktische Wirkung einer Therapie dieser Erkrankungen über den positiven Einfluss auf den Blutdruck hinaus (Wessendorf et al., 1999) belegen.

Zweck der Untersuchung

Durch die Erstellung einer Datenbank wird derzeit in der neurologischen Abteilung der Fachklinik Rhein/Ruhr versucht, die epidemiologische Entwicklung von Risikofaktoren und ihren Einfluss auf therapeutische Notwendigkeiten (Bedarfsplanung) und den natürlichen Verlauf der Schlaganfallerkrankung zu dokumentieren und zu bewerten.

Methodik

Es wurde eine Stichprobe von 200 konsekutiv aufgenommenen Rehabilitationspatienten bezüglich ihrer Risikofaktorverteilung untersucht. Dies geschah durch Auswertung der Diagnostik der Vorbehandler sowie durch eigene Diagnostik und Verlaufskontrollen.

Ergebnisse

Häufigster Risikofaktor ist der arterielle Hypertonus mit 75 %, gefolgt von der Hyperlipidämie mit 73 %. Nikotinabusus (kontinuierlich und diskontinuiert) ist bei 58 % der Patienten zu erheben, ein Diabetes mellitus bei 35 %. Mittel- bis höhergradige extrakranielle Gefäßprozesse bestanden bei 28 %, davon waren einige bereits operiert oder wurden während des Aufenthaltes einer Operation zugeführt. Eine absolute Arrhythmie bestand bei 15 % der Patienten, eine Herzerkrankung in 24 %. In 40 % wurde eine schlafbezogene Atmungsstörung (SBAS) festgestellt.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen eine überraschend hohe Prävalenz von Risikofaktoren bei Patienten mit ischämischem Hirninfarkt in einer Rehabilitationsklinik, wobei einzelne Patienten bis zu fünf behandelbare Risikofaktoren aufwiesen. Die Überrepräsentation des Hypertonus ist zum Teil auf die Aufnahme von Patienten in der Postakutphase des Schlaganfalles zurückzuführen, die aufgrund kürzerer Liegezeiten in der Akutklinik immer häufiger wird. Erstaunlich hoch ist darüber hinaus der Anteil an Patienten mit SBAS, was eine bereits seit einigen Jahren vermutete Bedeutung dieser Erkrankung in der Genese des ischämischen Hirninfarktes unterstützt. Auch bei der im Vergleich mit epidemiologischen Daten aus Deutschland sehr hohen Prävalenz der Hyperlipidämie besteht weiterer Klärungsbedarf.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Behandlung atherogener und hyperkoagulobiler Risikofaktoren zur Sekundärprophylaxe des ischämischen Hirninfarktes erscheint logisch. Der Bedarf an differenzierter Sekundärprophylaxe muss jedoch definiert werden. Weitere Studien werden zeigen, ob durch eine konsequente Therapie der Risikofaktoren eine Senkung der Rezidivrate des ischämischen Hirninfarktes bewirkt werden kann. Hierzu sind die neurologischen Rehabilitionseinrichtungen prädestiniert.

Literatur

Dyker, A.G., Weir, C.J., Lees, K.R. (1997): Influence of cholesterol on survival after stroke: retrospective study. BMJ, 314 (7094), 1584-1588.

Gorelick, P.B., Sacco, R.L., Smith, D.B., Alberts, M., Mustone-Alexander, L., Rader, D., Ross, J.L., Raps, E., Ozer, M.N., Brass, L.M., Malone, M.E., Goldberg, S., Booss, J., Hanley, D.F., Toole, J.F., Greengold, N.L., Rhew, D.C. (1999): Prevention of a first stroke: a review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. JAMA, 281 (12), 1112-1120.

O´Brien, A.A., Rajkumar, C., Bulpitt, C.J. (1999): Blood pressure lowering for the primary and secondary prevention of stroke: treatment of hypertension reduces the risk of stroke. J Cardiovasc Risk, 6 (4), 203-205.

Sacco, R.L. (1998): Identifying patient populations at high risk for stroke. Neurology, 51 (3 Suppl 3), 27-30.

Wessendorf, T.E., Teschler, H., Wang, Y.M., Sorgenfrei, U., Thilmann, A.F. (1999): Obstruktives Schlafapnoesyndrom. Wahrscheinliche Ursache einer therapieresistenten Hypertonie bei intrazerebraler Blutung. Nervenarzt, 70 (10), 927-930.

Barthel-Index - geeignet als prognostischer Faktor in der Schlaganfall-Rehabilitation?

Neumann, Ch. (1), Durner, J. (1), Haase, I. (2)

(1) Fachklinik Ichenhausen, Abtlg. Neurologie/Neuropsychologie, Ichenhausen, (2) Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See

Hintergrund und Zweck

In rehabilitationswissenschaftlichen Untersuchungen zur Outcome-Vorhersage bei Schlaganfall-Patienten sind die am häufigsten untersuchten Zielgrößen Funktionsfähigkeit und Aufenthaltsdauer. Insbesondere die Suche nach Prädiktoren, die eine Vorhersage des funktionellen Outcomes erlauben, waren Gegenstand zahlreicher Studien. Als Prognose-Faktoren identifiziert wurden insbesondere Komorbidität, motorische Verbesserungen, Darm- und Blasenfunktion, Alter, Störungen in der Wahrnehmung, Störungen in der Kommunikation, psychosoziale und kognitive Faktoren (Galski et al., 1993), höheres Alter, Inkontinenz, Gesichtsfelddefekte (Jongbloed, 1986), Bewusstseinszustand, Armfunktion und erneut Inkontinenz (Barer et al., 1989). Ziel unserer Studie war, auf der Basis von Routine-Daten (insbesondere des Barthel-Index) einer Rehabilitationsfachklinik Prädiktoren für den Reha-Erfolg von Schlaganfall-Erkrankten der Phase C zu identifizieren. Als Maß für den Rehabilitationserfolg wurde der Zuwachs an Selbständigkeit im Alltag, abgebildet im Barthel-Index (BI), gewählt.

Methodik

Für 137 Schlaganfall-Patienten, die zwischen Januar 1996 und Juni 1997 in einer Fachklinik für Rehabilitation waren und bei Aufnahme einen Barthel-Index-Wert von max. 65 aufwiesen (entspricht in Bayern der Phase C), wurden die Entlassungsberichte ausgewertet. Weitere Einschlusskriterien waren: Es musste sich um die erste Schlaganfall-Rehabilitation handeln und der Rehabilitationsbeginn durfte nicht mehr als sechs Monate nach dem Akutereignis liegen. Wir definierten eine Rehabilitation als erfolgreich, wenn der Barthel-Index bei Entlassung (unabhängig von der Aufenthaltsdauer) um mindestens 15 Punkte über dem bei Aufnahme festgestellten Wert lag. Die Datenanalyse umfasst - je nach Voraussetzung der Daten - nonparametrische Tests und Kontingenzanalysen.

Ergebnisse

Funktionelle Zugewinne waren abhängig von der Verweildauer in der Rehabilitation (positiver Zusammenhang) sowie vom Funktionsniveau bei Reha-Aufnahme, gemessen zum einen mit dem klassischen Barthel-Index, zum anderen mit einem modifizierten Barthel-Index (negative Zusammenhänge). Überraschenderweise gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Faktoren Alter, Geschlecht und Zeit zwischen Schlaganfall und Rehabilitationsbeginn. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Entwicklung im Barthel-Index während der ersten zwei bzw. vier Wochen der Rehabilitation keinerlei Aussage über weitere funktionelle Zugewinne während des restlichen Aufenthalts in der Reha-Klinik ermöglicht.

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die routinemäßig bei Reha-Aufnahme verfügbaren Daten - insbesondere der Barthel-Index - keine ausreichende Grundlage bilden, um eine allgemeingültige Reha-Planung für Schlaganfall-Patienten vorzunehmen. Vielmehr zeigt sich, dass die nach (Haupt-)Diagnose und Schweregrad recht homogen zusammengesetzte Gruppe der untersuchten Schlaganfall-Patienten ein hohes Maß an Heterogenität aufweist, wenn sie in bezug auf möglicherweise prognostisch bedeutsame Variablen untersucht wird.

Schlussfolgerung und Ausblick

Es bestätigt sich, dass hinsichtlich der Prognosefaktoren bei neurologischen Erkrankungen eine große Unsicherheit besteht. Auch der Barthel-Index bleibt diesbezüglich ein unvollkommenes Instrument. Umfangreiche neurologische Assessments können möglicherweise helfen, sind aber schwierig einzuführen.

Literatur

Häusler, B. (1996): Epidemiologie des Schlaganfalls. In: Mäurer, H.-Ch., H.-Ch. Diener (Hrsg.): Der Schlaganfall. Praxisbezogene, aktive Konzepte für Prävention, Diagnostik, Akutbehandlung und Rehabilitation. Stuttgart, New York, 1-25.

Heinemann, A.W. et al. (1994): Prediktion of Rehabilitation Outcomes With Disability Measures. Arch Phys Med Rehabil 75, 133-143.

Schupp, W. et al. (1994): Arten und Ausmaß der Behinderungen bei Patienten in Neurologischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern. Deutsche Rentenversicherung 11. 797-806.

Stemmer, B. et al. (1999): Früher funktioneller Status als Prädiktor für Outcome in der neurologischen Rehabilitation? In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 1999 auf Noderney. Reha-Bedarf-Effektivität-Ökonomie. Tagungsband (=DRV-Schriften Band 12). Frankfurt/M. o. J.,302-304 (Abstract).

Kardiologische Rehabilitation - Erwartungen und Einschätzungen von Patienten

Schubmann, R. (1), Vogel, H. (2), Soergel, T. (3), Placzek, Th. (2)

(1) Gesundheitszentrum Möhnesee, Möhnesee-Körbecke, (2) Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg, (3) Birkle-Klinik, Überlingen.

Hintergrund/Zweck

Unverändert hat die koronare Herzkrankheit einen hohen Anteil an der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung in unserem Lande. Im Rahmen von Prävention und Rehabilitation wurde das sogenannte „Drei-Phasen-Modell" entsprechend den Empfehlungen der WHO realisiert: Nach dem Aufenthalt in einer Akutklinik (Phase I) wegen einer Herz-Kreislauf- Erkrankung schließt sich eine Rehabilitation in einer speziell qualifizierten Fachklinik an (Phase II). In der dritten Phase soll eine Stabilisierung des erarbeiteten gesundheitsfördernden Lebensstiles am Heimatort über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe erfolgen.

Von Experten aus Wissenschaft und Forschung sowie von Seiten der Kostenträger wurden vielgestaltige Richtlinien für Struktur und Inhalt der Phase II vorgeschlagen (Berghoff et al., 1994; Gohlke, 1999; VDR, 1991) bzw. festgelegt. Während inzwischen eine ganze Reihe von Untersuchungen zum Zugang zur Rehabilitation publiziert wurden (Vogel et al., 1997), gibt es bislang nur wenig Wissen über die Erwartungen der betroffenen Patienten an die Phase-II-Rehabilitation.

Methodik

Die meisten Teilnehmer einer ambulanten Herzgruppe waren vorher Patienten in einer Herz-Kreislauf-Rehabilitationsklinik (Opitz, 1998). In Zusammenarbeit mit der Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Würzburg wurde ein Fragebogen für die Herzgruppen-Teilnehmer erstellt, der retrospektiv deren Erwartungen, Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich ihrer stationären Rehabilitation erfassen soll. Der Fragebogen wurde an die Leiter der Herzgruppen in Radolfzell, Singen, Überlingen, Ditzingen, Stuttgart, Soest, Möhnesee-Körbecke, Menden und Essen gegeben mit der Bitte, die ausgefüllten Exemplare zur Auswertung nach Würzburg zur Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstelle zu senden. Ausgewertet werden konnten inzwischen nahezu 200 Fragebögen.

Ergebnisse

Von besonderer Bedeutung in der Behandlung waren für die Patienten Gespräche mit dem Arzt, gründliche Untersuchungen und Beratungen über den Krankheitsverlauf sowie Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und zur gesunden Lebensführung. Häufig genannt wurden aber auch Diätberatung, Gruppengymnastik, Massagen, Wanderungen sowie die

angenehme Umgebung in der Klinik. Ferner Entspannungstherapien, Beratung zu Rentenfragen und körperliche Schonung. Ca. 1/3 der Befragten gibt an, dass sie nach der Rehabilitation ihre Lebenseinstellung geändert hätten („bewusster Leben", „Stress abbauen", „gesünder Ernähren"). Es fanden sich keine wesentlichen Verbesserungen im Gewicht resp. Übergewicht bei den Studienteilnehmern von Reha-Beginn bis zum Befragungszeitpunkt, jedoch hat der Anteil der Raucher deutlich abgenommen. 70 % der Befragten wären interessiert, wieder an einer Rehabilitation teilzunehmen.

Schlussfolgerungen

Bei der Interpretation müssen neben dem selektiven Charakter der Stichprobengewinnung auch die Probleme retrospektiver Datenerhebungen bedacht werden. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ergebnisse als Hinweis darauf verstehen, dass die Studienteilnehmer ihre Rehabilitation überwiegend positiv bewerten und das Konzept sowie die besondere Kombination der Bausteine der stationären Rehabilitation insgesamt befürworten.

Kritische Aspekte, die ohne weiteres auch genannt werden, beziehen sich nicht auf die Grundkonzeption der Behandlung, sondern auf spezielle Defizite in der Durchführung und Umsetzung, auf die jede Klinik besonderes Augenmerk legen sollte.

Literatur

Berghoff, A., Koenig, W., Neudert, U., Buschmann, E., Philip (1994): Rehabilitation bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems/Kardiologie: Anforderungsprofil – ein Diskussionsvorschlag. In Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1993. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 19.-20.10.93 in Jena. Reihe BfA aktuell. Berlin, Selbstverlag, 167-237.

Gohlke, H. (1999): Mitteilungen. Ergebnisse der stationären Rehabilitation. Präv.-Rehab., 11 (3), 155-159.

Opitz, M. (1998): Deskriptive Analyse des Patientengutes der ambulanten Herzgruppen. Unveröffentl. Diplomarbeit. Deutsche Sporthochschule Köln.

Vogel, H., Petermann, F., Schillegger, P., Schmidt, S., Seger, W. (1997): Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Die Rehabilitation, 36 (2), 96-105.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Reha-Kommission (1991): Abschlussberichte Band III: Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte", Teil B-2: Rehabilitation bei Erkrankungen des Herz- Kreislauf Systems. Frankfurt/Main, Selbstverlag, 241-348.

Leitlinien zur kardialen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit

Helou, A. (1), Korsukéwitz, C. (2), Schwartz, F.W. (1)

(1) Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule, Hannover,

(2) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin

Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

Die Entwicklung von wissenschaftlich fundierten und praxisgerechten Leitlinien eröffnet der medizinischen Rehabilitation Chancen für eine stetige Weiterentwicklung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung der zunehmenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen.

Da allerdings die Neuentwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, bietet sich als wesentlich zeit- und kostengünstigere Alternative die Übernahme und Adaptation bestehender Leitlinien an.

Im Rahmen eines BfA-geförderten Projekts wurden nationale und internationale Leitlinien zu den Themen „Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit" auf ihre methodische Qualität und Übertragbarkeit auf deutsche Gegebenheiten überprüft (Helou et al., 1999). In diesem Kontext sollte auch geklärt werden, inwieweit solche Leitlinien von deutschen Rehabilitationsträgern prinzipiell übernommen werden können und welcher Modifikationsbedarf besteht.

Methodik

Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche in nationalen und internationalen Literatur- und Leitlinien-Datenbanken zur Identifizierung qualitativ hochwertiger und aktueller (ab einschließlich 1990) Leitlinien zur umfassenden Rehabilitation Koronarkranker. Die methodische Qualität der Leitlinienentwicklung und des Leitliniendokuments wurde anhand eines standardisierten Instruments beurteilt (Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien"). Die Übertragbarkeit qualitativ akzeptabler Leitlinien auf deutsche Gegebenheiten wurde mit einer speziellen, für die Leitlinienbewertung modifizierten Prüfliste überprüft. Die Aktualitätsprüfung der Leitlinien erfolgte anhand eines inhaltlichen Vergleichs mit systematischen Übersichtsarbeiten, die zeitlich nach der aktuellsten in der Leitlinie zitierten Literatur publiziert wurden. Die evidenz-basierten und übertragbaren Empfehlungen qualitativ akzeptabler und aktueller Leitlinien wurden extrahiert und unter Angabe des Evidenz- und Übertragbarkeitsgrades tabellarisch zusammengestellt.

Ergebnisse

Es konnten 14 Leitlinien zur umfassenden kardialen Rehabilitation identifiziert werden. Es handelt sich hierbei um Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften aus Deutschland (5 Leitlinien), Frankreich (1 Leitlinie), Großbritannien (2 Leitlinien), Kanada (1 Leitlinie), Österreich (1 Leitlinie), den USA (3 Leitlinien) und eine Leitlinie der European Society of Cardiology. Die Bewertung mit der Checkliste zeigte, dass lediglich die Leitlinie der USA-amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) die Qualitätskriterien medizinischer Leitlinien in den entscheidenden Gesichtspunkten erfüllte. Die Leitlinie der

AHCPR wurde als auf deutsche Gegebenheiten übertragbar eingeschätzt, da es sich um generalisierbare Empfehlungen zur Effektivität der kardialen Rehabilitation handelt, die auch für das deutsche Versorgungssystem relevant sind. Das von der AHCPR einberufene Leitliniengremium kommt nach einer extensiven systematischen Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zu dem Ergebnis, dass eine umfassende kardiale Rehabilitation die physiologischen und psychologischen Auswirkungen der kardialen Erkrankung limitiert, das Risiko eines plötzlichen Herztods oder eines Reinfarkts senkt, kardiale Symptome bessert, zur Progressionsverlangsamung oder sogar Rückbildung der atherosklerotischen Prozesse beiträgt und bei ausgewählten Patientengruppen den beruflichen und psychosozialen Status bessert.

Diskussion

Die bei den derzeit vorliegenden Leitlinien zur kardialen Rehabilitation festgestellten formalen und methodischen Defizite sind keineswegs spezifisch für Rehabilitationsleitlinien, sondern entsprechen den Ergebnissen der Qualitätsbewertung von Leitlinien aus dem Bereich der kurativen Medizin (Cluzeau et al., 1997; Helou et al., 1998; Shaneyfelt et al., 1999; Ward, 1996; Grieco, 1996). Sie belegen, dass auch in der Rehabilitation die Notwendigkeit einer systematischen Qualitätsbewertung von Leitlinien und Förderung wissenschaftlich fundierter und praktikabler Leitlinien-Programme besteht.

Ausblick

Nach der Bestandsaufnahme und Bewertung von Rehabilitationsleitlinien sollte geklärt werden, in welchen Bereichen, mit welcher Zielsetzung und mit welchen Mitteln die Übernahme bzw. Neuentwicklung, lokale Anpassung und Anwendung qualitativ hochwertiger Leitlinien sinnvoll erscheint. Dabei wird die Entwicklung von geeigneten Verfahren der Verbreitung, lokalen Adaptation und Implementierung von Leitlinien eine zentrale Rolle spielen.

Eine besondere Bedeutung hat die Anbindung der Leitlinien-Aktivitäten an die bislang von den Rehabilitationsträgern initiierten Projekte der Qualitätssicherung. Die Integration von Leitlinien in bereits bestehende Strukturen des internen Qualitätsmanagements soll hierbei sicherstellen, dass die als richtig erkannten Dinge auch richtig ausgeführt werden. Qualitätsmanagement und Leitlinien stellen somit keine konkurrierenden, sondern komplementären Konzepte dar.

Literatur

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. (1997): National survey of UK guidelines for the management of coronary heart disease, lung and breast cancer, asthma and depression. Journal of Clinical Effectiveness; 2: 120-123.

Helou, A., Korsukéwitz, C., Schwartz, F.W. (1999): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Die Angestellten Versicherung: 46 (in Druck, Heft 12/99).

Helou, A., Perleth, M., Bitzer, E.M., Dörning, H., Schwartz, F.W. (1998): Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland: Ergebnisse einer systematischen Untersuchung deutscher Leitlinienberichte im Internet. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: 92: 421-428.

Shaneyfelt, T.M., Mayo-Smith, M.F., Rothwangl, J. (1999): Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. Journal of the American Medical Association: 281: 1900-1905.

Ward, J.E., Grieco, V. (1996): Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. Medical Journal of Australia: 165: 574-576.

Stationäre kardiologische Rehabilitation - klinische Aspekte - die CARO Studie der DGPR

Karoff, M. (1), Held, K. (2), Müller-Fahrnow, W. (3), Grünbeck, P. (3)

(1) Klinik Königsfeld der LVA-Westfalen, Ennepetal, (2) Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR), Koblenz, (3) Humboldt-Universität, Berlin

Zweck

Evaluation und Ergebnisqualität einer 3-4wöchigen stationären kardiologischen Rehabilitationsbehandlung

Methoden

Multicenter Studie in 18 kardiologischen Rehabilitationskliniken mit insgesamt 3000 Patienten.

Ergebnisse

Von 2882 untersuchten Patienten sind 56 % solche mit Zustand nach Bypassoperation. Der früher typische Patient in der stationären Rehabilitation mit Zustand nach akutem Herzinfarkt ohne Intervention ist nur noch mit 521 Fällen (18 %) vertreten. Die Behandlungszeit im Akutkrankenhaus liegt im Durchschnitt noch immer bei 19 Tagen für alle Patientenkategorien, hat sich also in den letzten Jahren nur unwesentlich verändert (Karoff et al., 1996). Die Zeiten für die Anschlussrehabilitation sind für alle Patientenkategorien gleich und liegen zwischen 25 und 27 Tagen. Während der stationären kardiologischen Rehabilitation ist eine deutliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit (gemessen im Belastungs-EKG) im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung festzustellen, wobei die größte Leistungssteigerung bei den Patienten mit Zustand nach Herzoperation im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung zu beobachten ist.

Zusammenfassung

Patienten in der stationären kardiologischen Rehabilitation haben heute eine längere und differenzierte KHK-Karriere hinter sich (Müller-Fahrnow et al., 1994). Bei mehr als 50 % der Patienten ist vorher eine Herzoperation durchgeführt worden. Der typische Patient in der stationären kardiologischen Rehabilitation scheint heute der mit Zustand nach Bypassoperation und zuvor durchgemachtem Myokardinfarkt zu sein. Durch die stationäre kardiologische Rehabilitationsbehandlung lassen sich positive Effekte erzielen – zum einen bezüglich der Leistungsfähigkeit, gemessen im Belastungs-EKG und bei der Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich des Schweregrades seiner Krankheit. Gesamtbehandlungszeiten lassen sich durch eine direkte Verlegung in die Anschlussrehabilitation noch verkürzen. Bei noch im Beruf befindlichen Patienten wäre letzteres von ökonomischen Nutzen, da sich dadurch Krankengeldzahlungen verringern ließen.

Literatur

Müller-Fahrnow, W., Karoff, M., Held, K., Spyra, K. (1999): CARO – die DGPR-Studie als Instrument eines multizentrischen Qualitätsmanagements (MCQM). Präv.-Rehab., Jahrgang 11, 4, 218-221.

Karoff, M., Emmerich, K. (1996): Frührehabilitation unter primärer Angioplastie. Therapiewoche 13, 709-713.

Einfluss des Schlaf-Apnoe-Syndroms auf den Erfolg der kardiologischen Rehabilitation

vom Orde, A., Schott, T., Iseringhausen, O., Lanver, C.

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Seitens der Schlafmedizin wird immer wieder darauf hingewiesen, dass ein Schlaf-Apnoe-Syndrom die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit begünstigen, bzw. den Verlauf dieser Erkrankung negativ beeinflussen kann. Etwa 10 % aller Europäer und Nordamerikaner leiden unter schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS) (Konermann et al., 1995). Schätzungen für das Vorliegen eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms (OSAS) liegen zwischen 1 % der Gesamtbevölkerung und 10 % der männlichen Bevölkerung der mittleren Altersgruppe (Peter et al., 1993; Buchner et al., 1998).

Unter den Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen findet sich in der Literatur eine erhöhte Prävalenz von SBAS: Im Zusammenhang mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems treten in 20 % und 40 % SBAS auf (Buchner et al., 1998; Engel et al., 1995; Fischer, 1997; Koehler et al., 1996; Konermann et al., 1995).

Immer wieder wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Patienten mit einem unbehandelten OSAS ein erhöhtes Risiko aufweisen, an einer kardiovaskulären Folge- und Begleiterkrankung zu versterben (Schafer et al., 1998; Konermann et al., 1995).

Wird jedoch rechtzeitig die Diagnose gestellt und konsequent eine Therapie eingeleitet und überwacht, so werden alle Folgeschäden als reversibel betrachtet (Peter et al., 1993). Außerdem ließen sich die Folgekosten eines unbehandelten Schlaf-Apnoe-Syndroms (SAS) vermindern. Sie betragen laut Fischer (1997) für die Rentenversicherung rund 300 000 DM pro Fall.

In der vorliegenden Arbeit sollen folgende Hypothesen untersucht werden:

1. Bei einer relevanten Zahl von kardiologischen Rehabilitanden liegt ein Schlaf-Apnoe-Syndrom vor.
2. In der kardiologischen Rehabilitation findet das Schlaf-Apnoe-Syndrom bisher keine ausreichende Beachtung.
3. Ein unbehandeltes Schlaf-Apnoe-Syndrom wirkt sich negativ auf die Rehabilitationsergebnisse aus.

4. Bei einer manifesten kardiovaskulären Erkrankung verbessert eine Behandlung des Schlaf-Apnoe-Syndroms den Rehabilitationserfolg und damit die Prognose.

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen des Projektes „Evaluation ambulanter/teilstationärer Rehabilitation im Indikationsbereich Kardiologie“ gefördert von den Spitzenverbänden der Renten- und Krankenversicherungen wurden die Daten für diese Arbeit gewonnen. Ein Teil dieser Gesamtstudie besteht aus einer sozialepidemiologischen Längsschnittstudie, die über vier Messzeitpunkte (vor, nach Abschluss, ½ J. und 1 J. nach der Reha) die Rehabilitationsergebnisse untersucht. Es beteiligten sich im Erhebungszeitraum von Juli 1998 bis September 1999 bundesweit acht Rehabilitationseinrichtungen. Die Ausgangsstichprobe zu T1 beträgt ca. 1000 Patienten. Es wurden sowohl die Patienten, als auch die behandelnden Ärzte mit Hilfe eines Fragebogens zu verschiedenen medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekten der Rehabilitation befragt. Das Erhebungsinstrumentarium wurde speziell für diese Studie entwickelt, greift aber auf international bewährte Instrumente zurück. Da in dieser Arbeit die Rehabilitationsergebnisse der Patienten mit einem bekannten Schlaf-Apnoe-Syndrom, der Patienten mit einem wahrscheinlichen Schlaf-Apnoe-Syndrom und der ohne Hinweise auf ein Schlaf-Apnoe-Syndrom miteinander verglichen werden sollen, wurde der Symptom-Bewertungs-Bogen (Cassel et al., 1991) modifiziert verwendet.

Zur Auswertung werden verschiedene bivariate (z.B. Chi^2-Test, Varianzanalyse) und multivariaten Analysemethoden durchgeführt.

Ergebnisse

Eine erste vorläufige Analyse bei einer Stichprobe von N=516 ergab: Bei 6,6 % der Rehabilitanden war bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme ein SAS diagnostiziert worden. 28,7 % erreichten im Symptom-Bewertungs-Bogen Werte, die ein SAS wahrscheinlich, weitere 31,0 % erreichten Werte, die es eher fraglich machen. Bei 33,7 % gab es keine Hinweise auf das Vorliegen eines SAS.

Im Prä-Post-Vergleich wurden die Patienten mit einem (wahrscheinlichen) SAS vs. die unauffälligen Patienten bzgl. verschiedener medizinischen und psychologischer (Outcome-)Parameter getestet: Bei SAS-Patienten war eine KHK häufiger der Grund für die Reha-Maßnahme; des weiteren fanden sich deutliche Unterschiede u.a. bei den Stoffwechselparametern (Blutfette, Blutzucker), der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit, der Depressivität und der Krankheitsbelastung.

Weiterhin zeigte sich, dass sich die Teilstichproben nicht in Diagnostik und Therapie hinsichtlich eines SAS unterschieden.

Diskussion

Erste Analysen liefern Hinweise, die die in der Literatur beschriebenen Einflüsse des SAS auf kardiologische Erkrankungen und deren Verlauf bekräftigen. Jedoch sind die Ergebnisse erst nach den Abschluss der vollständigen Analyse zu diskutieren.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Am Beispiel des Schlaf-Apnoe-Syndroms wird dargestellt, dass es Einflussfaktoren kardiologischer Erkrankungen jenseits des klassischen Risikofaktorenmodelles gibt, die bisher in der Rehabilitation nur wenig beachtet werden.

Es stellt sich die Frage, ob die Rehabilitation in ihrer bisherigen Form als ausreichend erfolgreich bezeichnet werden kann, oder ob nicht andere, bisher nur wenig beachtete Einflussfaktoren es „wert“ sind, Berücksichtigung zu finden, um so den Reha-Erfolg steigern zu können.

Literatur

Buchner, N., Sanner, B., Burmann-Urbanek, M., Zidek, W. (1998): Obstructive sleep apnea and Hypertension. Diagnostic procedure—exclusion of risk factors—nCPAP treatment. Fortschritte der Medizin, Jun 10; 116, (16), 24-27.

Cassel, W., Ploch, T., Peter, J.H. (1991): Symptom-Bewertungs-Bogen.

Engel, S., Karoff, M., Raschke, F., Fischer, J. (1995): Prävalenz des SAS bei Patienten mit primärer arterieller Hypertonie in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik. Pneumonologie. 49 Suppl 1, 145-147, Mar.

Fischer, J., Raschke, F. (1997): Economic and Medical Significance of Sleep-Related Breathing Disorders. Respiration; 64 (suppl 1), 39-44.

Koehler, U., Schafer, H. (1996): Is obstructive sleep apnea (OSA) a risk faktor for myocardial infarction and cardiac arrhythmias in patients with coronary heart disease (CHD)? Sleep. 19 (4), 283-286, May.

Konermann, M., Sanner, B., Sturm, A. (1995): Schlafbezogene Atmungsstörungen und assoziierte kardiovaskuläre Erkrankungen. Medizinische Klinik. 90, 480-485 (Nr. 8).

Peter, J.H., Cassel, W., Faust, M., Penzel, T., Ploch, T., Schulz, B. (1993): Schlafbezogene Atmungsstörungen: Patientennahe Früherkennung und Verlaufskontrolle. Pneumologie. 47 Suppl 1, 104-107, Mar.

Schafer, H., Berner, S., Ewig, S., Hasper, E., Tasci, S., Luderitz, B. (1998): Cardiovascular morbidity in patients with obstructive sleep apnea in relation to the severity of respiratory disorders. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Sep 25; 123 (39), 1127-1133.

Wird eine leitliniengerechte Therapie herzinsuffizienter Patienten während stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge umgesetzt?

Scholz, S. (1), Völler, H. (1), Klein, G. (2), Gohlke, H. (2), Hahmann, H. (2), Binting, S. (2), Dovifat, C. (1), Krobot, K. (2), Bestehorn, K. (2), Willich, S.N. (2)

(1) Klinik am See und Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemiologie, Rüdersdorf bei Berlin, (2) Charité, Humboldt-Universität, Berlin

Auf Grund prognostisch günstiger Effekte wird bei Patienten mit Herzinsuffizienz die hochdosierte Therapie mit ACE-Hemmern empfohlen (Hall et al., 1997). Jedoch wurden bislang die Leitlinien sowohl in der stationären als auch in der sich anschließenden ambulanten

Versorgung unzureichend umgesetzt (Barron et al., 1998; Struthers et al., 1999). Über die Dosierung und die Therapieadhärenz im Langzeitverlauf ist bislang wenig bekannt.

Methodik

Von Januar bis Juni 1997 wurden in 18 Rehabilitationskliniken 2195 Patienten nach kardialem Akutereignis (56 % MI, 38 % ACVB, 6 % PTCA) in die Studie eingeschlossen. Patienten mit klinisch bestehender Herzinsuffizienz (NYHA II-IV) wurden der Gruppe I (n=485; 28 % w, 64±10 Jahre), ohne Herzinsuffizienz der Gruppe II (n=1710; 20 % w, 60±10 Jahre) zugeordnet. Die Therapiehäufigkeit und –intensität mit ACE-Hemmern wurden bei Entlassung und nach 3, 6 und 12 Monaten auf standardisierten Fragebögen bei den Hausärzten erfasst. Von den verwendeten ACE-Hemmern entsprach als Dosisäquivalenz 2,5 mg Enalapril der Stufe 1. Wurden 5 mg verordnet, war die Dosis mit der Stufe 2 gleichzusetzen, 10 mg oder 20 mg entsprachen der Stufe 3 bzw. 4.

Ergebnisse

Patienten mit Herzinsuffizienz wurden in 71 % vs. 52 % bei Entlassung mit ACE-Hemmern therapiert (p=0,001). Allerdings war die Verteilung der Dosisstufen (%) in beiden Gruppen (I und II) zu allen Messzeitpunkten ähnlich (Tab).

Dosisstufe	Entlassung		3 Monate		6 Monate		12 Monate	
	I		I		I		I	
	8		14		14		14	
	30		31		32		34	
	41		38		38		39	
	20		17		17		13	

In 58 % (Gruppe I) bzw. 64 % (Gruppe II) wurde die Entlassungsmedikation in gleicher Dosierung über 12 Monate fortgeführt. Im Falle einer Dosisänderung erfolgte diese in beiden Gruppen ausschließlich in den ersten drei Monaten.

Schlussfolgerung

Nur bei wenigen Patienten mit Herzinsuffizienz (20 %) wurde bei stationärer Entlassung die Zieldosis erreicht. Da im ambulanten Bereich der Großteil der Patienten keine Therapieänderung erfährt, ist bereits während stationärer Rehabilitation eine Therapieoptimierung anzustreben. Darüber hinaus ist eine spezielle Schulung der Patienten mit Herzinsuffizienz während des Rehabilitationsprogramms sinnvoll, da sich unter Beachtung von z.B. Salzzufuhr oder Flüssigkeitsmenge zukünftige kardiale Ereignisse verringern lassen (Ni et al., 1999).

Literatur

Barron, H.V, Michaels, A.D., Maynard, C., Every, N.R. (1998): Use of Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors at discharge in patients with acute myocardial infarction in the united states: data from the national registry of myocardial infarction 2. J Am Coll Cardiol 32, 360-367.

Hall, A.S., Murray, G.D., Ball, S.D. (1997): Follow-up of patients randomly allocated ramipril or placebo for heart failure after myocardial infarction: AIRE Extension (AIREX) Study. Lancet 349, 1493-1497.

Ni, H., Naumann, D., Burgess, D., Wise, K., Crispell, K., Hershberger, R.E. (1999): Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med 159, 1613-1619.

Struthers, A.D., Anderson, G., MacFayden, R.J., Fraser, C., MacDonald T.M. (1999): Non-adherence with ACE inhibitor treatment is common in heart failure and can be detected by routine serum ACE activity assays. Heart 82, 584-588.

Nachsorgeverhalten nach koronarer Bypass-Operation

Knoglinger, E., Gericke, K., Pellarin, M., Bialucha, B., Möller, G.

Kirchberg-Klinik, Bad Lauterberg

Hintergrund

Die eindrucksvollen Ergebnisse der stationären Rehabilitation im Hinblick auf eine effektive Sekundärprävention lassen sich im Langzeitverlauf nur unvollständig erhalten. Beeinflussbare Risikofaktoren nehmen bereits im Zeitraum von Monaten wieder zu (Badura, 1994). Dieser Umstand wird in der öffentlichen Diskussion häufig der Rehabilitation angelastet. Für den Verlauf über lange Zeitintervalle spielt jedoch das ambulante Nachsorgeverhalten die dominierende Rolle. Das Ziel der vorliegenden Erhebung war es daher, die derzeit übliche Praxis des Nachsorgeverhaltens nach koronarer Bypass-Operation abzubilden.

Methodik

446 Patienten, die zu einem Termin 0-5 Jahre nach stationärer Anschlussrehabilitation in unsere Klinik kamen, wurden mittels Fragebogen über ihr Nachsorgeverhalten exploriert. In die Auswertung gingen 348 Patienten mit koronarer Herzerkrankung ein, die nach koronarer Bypass-Operation stationär rehabilitiert worden waren und den Fragebogen zurückgegeben haben. Dabei handelte es sich um 286 Männer (82 %) und 62 Frauen (18 %) im Alter von 31 bis 85 Jahren, das durchschnittliche Alter betrug 66 Jahre.

Ergebnisse

68 % der Patienten waren in regelmäßiger Kontrolle bei ihrem Hausarzt, 46 % wurden von einem Internisten, 58 % von einem Kardiologen nachbetreut. Die Fachärzte wurden durchschnittlich einmal pro Jahr aufgesucht. An einer ambulanten Herzgruppe nahmen 24 % der Patienten regelmäßig teil. Bei 85 % der Patienten wurde das Gesamt-Cholesterin regelmäßig und zuletzt innerhalb eines halben Jahres vor dem Untersuchungszeitpunkt bestimmt, 54 % war das Ergebnis bekannt (Mittelwert 196 mg/dl). 16 % der Patienten kannten ihren LDL-Cholesterinspiegel (Mittelwert 115 mg/dl). Trotz eines Gesamt-Cholesterins von mehr als 200 mg/dl waren 21 % der Hausärzte mit dem gemessenen Wert zufrieden, bei einem LDL-Cholesterin von mehr als 125 mg/dl war dies bei 18 % der Hausärzte der Fall. Der Blutdruck wurde bei 62 % der Patienten regelmäßig und zuletzt innerhalb der letzten vier

Wochen gemessen (Mittelwert 134/78 mmHg). Mit einem Blutdruck von mehr als 140/90 mmHg waren 15 % der Hausärzte zufrieden.

Diskussion

Die Nachsorgefrequenz nach Bypass-Operation weicht wenig von den bei Entlassung aus der Anschlussrehabilitation gegebenen Empfehlungen ab, die fachärztliche Kontrollen nach drei Monaten, sechs Monaten und weiter im jährlichen Intervall vorsehen. Dabei werden die Gesamtcholesterinspiegel in ausreichenden Intervallen kontrolliert, die jährlich empfohlene Kontrolle der LDL-Cholesterinspiegel (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung 1998) wird deutlich zu selten durchgeführt. Cholesterinspiegel außerhalb des Zielbereiches werden von den Hausärzten eher toleriert als hypertone Blutdruckwerte. Die Teilnahme an den ambulanten Herzgruppen war in unserem ländlichen Raum zu gering, jedoch vergleichbar mit dem Ergebnis anderer Untersucher, die nach einem speziellen Motivationsprogramm knapp 30 % Teilnehmer rekrutieren konnten (Keck et al., 1996). Als häufigste Gründe für die Nichtteilnahme wurden zu große geographische Entfernung und Terminschwierigkeiten angegeben.

Schlussfolgerung und Ausblick

Nach einer koronaren Bypass-Operation lassen sich Patienten, Hausärzte und Fachärzte gut zu regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen motivieren, diese werden dann auch in angemessener Häufigkeit durchgeführt. Die begrenzten Erfolge in der langfristigen Risikoreduktion erscheinen somit weniger durch diagnostische als durch therapeutische Defizite bedingt. Als Lösungsansatz wird die Einbeziehung eines multiprofessionellen therapeutischen Teams auch in die Langzeitbetreuung der chronisch Koronarkranken empfohlen.

Literatur

Badura, B. (1994): Modellprojekt kardiale Rehabilitation. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (Hrsg.) (1998): Leitlinie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. Zeitschrift für Kardiologie 87, 907-911.

Keck, M., Budde, H.G. (1996): Praxis der Motivation zur ambulanten Herzgruppe. Herz Kreislauf 28, 311-319.

Training bei moderater Herzinsuffizienz - Risikostratifikation durch Troponinfreisetzung?

Schulz, O., Kromer, A., Rübsam H.

Heinrich-Mann-Klinik, Bad Liebenstein

Hintergrund

Bei Herzinsuffizienz konnten gerade herzentlastende Therapien, wie ACE-Hemmer (Erstbeschreibung: The CONSENSUS Trial Study Group, 1987), Betablocker (Erstbeschreibung: Waagstein et al.,1975), Assist-Devices (DeRose et al., 1997) eine Prognoseverbesserung belegen. Andererseits gibt es eine erste Mitteilung, dass auch körperliches Training - also eine Belastung - einen prognostisch günstigen Effekt hat (Bellardinelli et al., 1999). Nicht hinreichend geklärt ist, ob die Trainingsbelastung neben der Konditionierung des peripheren Muskels und der Reduktion der neurohumoralen Aktivität (Braith et al., 1999) nicht auch eine Schädigung des Myokards mit Verschlechterung der Prognose - evtl. bei einem Teil der Patienten - hervorrufen kann.

Um solche Patienten zu erkennen, die eine lastinduzierte myokardiale Schädigung erfahren können, scheint das kardiale Troponin als Marker geeignet. In der akuten Koronardiagnostik bereits etabliert, konnte ein Anstieg von Troponinen auch bei schwerer Herzinsuffizienz verlaufsabhängig beobachtet werden (Missow et al., 1999).

Ziel der Studie war es, kardiales Troponin I (cTnI) als Marker einer Myokardschädigung nach akuter, symptomlimitierter Ergometrie (E) und Ergometertraining (T) bei moderater Herzinsuffizienz zu bestimmen.

Methodik

Untersucht wurden 26 Patienten (18 Männer/ 8 Frauen, 53±11 Jahre; Grunderkrankungen: 13x koronare, 2x valvuläre Herzkrankheit, 11x dilatative Kardiomyopathie) ohne übliche Kontraindikationen für eine E und T, ohne Hinweise für eine Myokardischämie bzw -entzündung mit mäßiger Herzinsuffizienz (NYHA II-III, echokardiographische Erektionsfraktion 31±7%, enddiastolischer Diameter 61±5 mm, linker Vorhof 44±4 mm, invasiv bestimmter pulmonalkapillärer wedge- Druck (Pc) 15±8 mm Hg, Herzindex (HI) 2,8±0,8 l/min/m²). cTnI wurde fluorometrisch (Stratus CS, Dade Behring, Marburg)

1. vor und stündlich über 5 Stunden nach symptomlimitierter (67±41 Watt erreicht) E, sowie an 24 Patienten zusätzlich
2. vor, nach 4 und 10 Stunden nach T (48±31 Watt über 20-30min mit einer Herzfrequenz (Hf) von mindestens 80% der Hfmax)

gemessen.

Ergebnisse

Parameter Einheit	**cTnI** [ng/ml]	**Hf** [min^{-1}]	**Pc** [mm Hg]	**HI** [$l/min/m^2$]	**O_2-Sätt.** [%]	**Laktat** [mmol/l]
vor E	0,047±0,061	80±13	15,3±7,6	2,8±0,8	68,2±7,4	
mean nach E	0,075±0,120					
max nach E	0,121±0,236	110±20	27,5±9,0	5,1±1,9	45,9±16,2	
vor T	0,047±0,060	81±13				2,2±0,6
max nach T	0,063±0,060	114±13				3,4±1,0

E... diagnostische Ergometrie; T... Ergometertraining

11/26 Patienten zeigten nach E einen cTnI- Anstieg über der methodischen Sensitivitätsgrenze von 0,03 ng/ml. Drei Patienten hatten basal cTnI- Werte, die dem Bereich einer „minor myocardial damage“ entsprechen (nach Herstellerangaben 0,1-0,5 ng/ml), nach E lagen 7 Patienten in diesem Bereich.

Nach T zeigte nur ein Patient einen Anstieg von cTnI über der Sensitivitätsgrenze (um 0,08 auf 0,1 ng/ml).

Diskussion und Schlussfolgerung

1. Ein Ergometertraining bei moderater Herzinsuffizienz scheint bei Berücksichtigung der üblichen Kontraindikationen sicher bezüglich der Freisetzung des für einen Myokardschaden hochsensitiven Parameters cTnI zu sein.
2. Die geringen cTnI-Anstiege bei 4/26 Patienten nach symptomlimitierter Ergometrie in einen Bereich, der eine diskrete Myokardschädigung anzeigt, sind hinsichtlich Ursache und prognostischer Bedeutung abzuklären.

Literatur

The CONSENSUS Trial Study Group (1987): Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian enalapril survival study (CONSENSUS). N Engl J Med, 316, 1429-1435.

Waagstein, F., Hjalmarson, A., Varnauskas, E., Wallentin, I. (1975): Effect of chronic beta-adrenergic receptor blockade in congestive cardiomyopathy. Br Heart J, 37, 1022-1026.

DeRose, J.J., Umana, J.P., Argenziano, M., Catanese, K.A., Gardocki, M.T., Flannery, M., Levin, H.R., Sun, B.C., Rose, E.A., Oz, M.C. (1997): Implantable left ventricular assist devices provide an excellent outpatient bridge to transplantation and recovery. J Am Coll Cardiol, 30, 1773-1777.

Bellardinelli, R., Georgiou, D., Cianci, G., Purcaro, A. (1999): Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. Circulation, 99,1173-1182.

Braith, R.W., Welsch, M.A., Feigenbaum, M.S., Kluess, H.A., Pepine, C.J. (1999): Neuroendocrine activation in heart failure is modified by endurance exercise training. J Am Coll Cardiol, 34, 1170-1175.

Missow, E., Mair, J. (1999): A novel biochemical approach to congestive heart failure: Cardiac troponin T. Am Heart J, 138, 95-9.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Entwicklung körperlicher Belastbarkeit und Befindlichkeit während stationärer kardiologischer Rehabilitation

Wilbert, U. (1), Gohlke, H. (3), Willich, S.N. (2), Binting, S. (2), Hahmann, H. (4), Klein, G. (5), Dovifat, C. (1), Krobot, K. (1), Bestehorn, K. (1), Völler, H. (1)

(1) Klinik am See, Rüdersdorf, (2) Institut für Arbeits- Sozialmedizin und Epidemiologie der Charité, Berlin, (3) Herz-Zentrum, Bad Krozingen, (4) Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg, (5) Klinik Höhenried, Bernried

Die stationäre kardiologische Rehabilitation kann bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung nach Myokardinfarkt und/oder interventioneller sowie chirurgischer Revaskularisation neben einer Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils auch eine Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit und des subjektiven Wohlbefindens bewirken (Hofmann-Bang et al., 1999; Keck, M. et al., 1999; Stahle, A. et al., 1999; Weidemann, H. et al., 1999).

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Einfluss der körperlichen Leistungsfähigkeit auf das subjektive Wohlbefinden zu eruieren und hierbei ggf. geschlechtsspezifische Unterschiede herauszustellen. Weiterhin sollte dargestellt werden, inwieweit die einzelnen Elemente der Rehabilitation dabei beteiligt sind.

Methode

In 18 deutschen Rehabilitationskliniken wurden 2289 Patienten (22 % Frauen, 60±10 Jahre und 78 % Männer 65±10 Jahre) nach Myokardinfarkt ohne PTCA (n=822) sowie mit PTCA (n=552) und nach erfolgter koronarchirurgischer Versorgung (n=915) eingeschlossen.

Die Patienten erhielten am Anfang und am Ende der Rehabilitation ein Belastungs-EKG und einen Bewertungsbogen zur subjektiven Befindlichkeit nach dem Zerssen-Score. Letzterer wurde auch nach 12 Monaten erhoben.

Ergebnisse

Die gesamte Studienpopulation zeigte eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Belastungs-EKG von 11 % (von 96 W auf 106 W, $p<0,001$). Dabei wiesen Frauen und Männer vergleichbare Verbesserungen auf. Patienten nach koronarchirurgischer Versorgung profitierten am deutlichsten.

Die Leistungsfähigkeit wurde bei den Männern vor allem durch Alter und körperliche Aktivität bestimmt, zeigte bei den Frauen jedoch insbesondere einen Zusammenhang mit einhergehender Komorbidität.

Die subjektive Befindlichkeit war bei Männern neben der körperlichen Leistungsfähigkeit durch physikalische Anwendungen beeinflusst (Kneipp Therapie und Massagen).

Frauen hingegen verbesserten ihre Befindlichkeit vorwiegend durch passive Anwendungen (Elektrotherapie und Massagen) und psychotherapeutische Behandlungen. Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit zeigte keinen Einfluss auf das subjektive Empfinden bei Frauen.

Konnte die Befindlichkeit im Verlauf der Rehabilitation bei allen Patienten signifikant verbessert werden, verschlechterte sie sich jedoch im Verlauf von 12 Monaten wieder. Dabei

bewerteten Frauen ihre subjektive Befindlichkeit nach dem Zerssen-Score durchgehend schlechter als Männer.

Schlussfolgerungen

Kardiologische Rehabilitation führte bei Koronarkranken zu einer vergleichbaren Verbesserung von Belastbarkeit und Befindlichkeit bei Frauen und Männern.

Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und der subjektiven Befindlichkeit nur bei Männern gefunden. Hierbei dürfte die erhöhte Komorbidität der Frauen eine Rolle spielen. Die vergleichbare Verbesserung der Befindlichkeit ist bei ihnen vorwiegend auf die traditionellen Methoden der Rehabilitationstherapie wie zum Beispiel der physikalischen und psychologischen Therapien zurückzuführen. Leider konnten die während der stationären Rehabilitation erzielten Erfolge im Langzeitverlauf nicht aufrecht erhalten bleiben, so dass eine intensivierte Nachsorge notwendig erscheint.

Literatur

Hofmann-Bang, C., Lisspers, J., Nordlander, R., Nygren, A., Sundin, Ö., Öhman, A., Ryden, L. (1999): Two-year results of a controlled study of residential rehabilitation for patients treated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. Eur Heart J; 20:1465-1474).

Keck, M., Budde, HG., Keck, B. (1999): Kurz- und mittelfristige Effekte eines teilstationären kardiovaskulären Präventionsprogramms. Herz/Kreisl; 31:225-228.

Stahle, A., Mattsson, E., Tydent, L., Unden, AL., Nordlander, R. (1999): Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events. Eur Heart J; 20:1475-1484.

Weidemann, H., Gerdes, N., Halhuber, C., Undeutsch, K., Schering, Ch., Zwingmann, E. (1999): Ergebnisse der stationären Rehabilitation von Herzkranken im Rahmen einer prospektiven therapiezielorientierten Studie (PROTOS-Studie) zur Messung von kurz-, mittel- und längerfristigen Reha-Effekten mit validierten Untersuchungsinstrumenten. Perfusion; 162-168.

Zielorientierte Ergebnismessung: Rehabilitationsziele, Interrater-Übereinstimmung und Effektmaße in der onkologischen Rehabilitation

Moser, M.T., Weis, J., Fachinger D., Bartsch, H.H.

Klinik für Tumorbiologie, Klinik für Onkologische Rehabilitation und Nachsorge, Freiburg

Hintergrund

Die Rehabilitation von krebserkrankten Menschen wird in der Bundesrepublik Deutschland fast ausschließlich im stationären Bereich durchgeführt (Koch et al., 1992). Diese Maßnahmen wurden bisher nur wenig untersucht. Die kurz- und mittelfristigen positiven Erfolge von onkologischen Reha-Maßnahmen konnten aufgezeigt werden. Indikatoren für längerfristige Effekte sind aufgrund versuchs-planerischer und methodischer Schwächen von bisheriger Studien nur bedingt verallgemeinerbar und schwierig zu interpretieren. Das hier dargestellte Forschungsprojekt (ZESOR-Studie), das im Rahmen des reha-wissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen gefördert wird, beinhaltet eine kombinierte Prozess- und Ergebnisevaluation stationärer onkologischer Reha-Maßnahmen unter Verwendung von zielorientierten Evaluationsstrategien. Ein Teil der Studie (der noch nicht abgeschlossen ist und hier nicht dargestellt werden kann) evaluiert erstmals die Effekte der stationären onkologischen Rehabilitation im Vergleich zu einer Gruppe von Nicht-Inanspruchnehmern. Ein zweiter Teil der Studie erprobt ein neues Verfahren zur zielorientierten Ergebnismessung.

Fragestellung

Da Aufgaben und Ziele der onkologischen Rehabilitation sehr heterogen sind, müssen sie im Einzelfall individuell bestimmt und geplant werden. Es sind somit nicht alle Zielbereiche für alle Patienten von gleicher Relevanz. Für die systematische Evaluation von stationären Reha-Maßnahmen stellt dies ein methodisches Problem dar, da vorhandene Effekte nicht zuverlässig identifiziert werden können. Diese „Verwässerung“ der Effekte kommt sowohl durch die Heterogenität von Zielkriterien durch indikationsspezifische und persönliche Präferenzen als auch durch statistische Artefakte (Regressions- und Selektionseffekte) zustande. Wie bisherige Studien zeigen, stellen Ansätze zur zielorientierten Ergebnismessung eine mögliche Lösung der aufgezeigten Problematik dar (Gerdes, 1998; Smith et al., 1998). Durch individuelle Auswahl von persönlichen Reha-Zielen und der Messung der Zielerreichung am Ende einer Maßnahme nach dem Paradigma des Goal Attainment Scaling (Kiresuk, 1994) können sowohl die Therapieplanung als auch die Ergebnisbeurteilung verbessert werden.

Im Rahmen der hier dargestellten Studie wurden folgende Fragstellungen untersucht:

- Wie lassen sich die wichtigsten rehabilitationsspezifischen Zielbereiche für einzelne Indikationsbereiche systematisch gliedern?

- Lassen sich heterogene Reha-Ziele in einem routinetauglichen Instrument zur individuellen Planung und Bewertung von Reha-Maßnahmen integrieren?
- Was sind die wichtigsten Reha-Ziele aus Patienten- bzw. Behandlerperspektive?
- Wie hoch ist die Übereinstimmung von Patientenpräferenzen und ärztlicher Beurteilung in diesen Bereichen?
- In welchem Zusammenhang steht die Zielerreichung mit etablierten Maßen zur Beurteilung des Reha-Erfolges ?

Methodik

Im Rahmen der ZESOR-Studie wurde der Zielkatalog „Reha-Ziele bei Mamma-Ca“ zur Spezifizierung von individuellen, Brustkrebs-spezifischen Rehabilitationszielen entwickelt. Dieses Instrument liefert eine systematische Gliederung von Reha-Zielen und ermöglicht eine Zielerreichungsskalierung nach individuell wählbaren prioritären Bereichen. Es ist in adaptierter Form sowohl für die Beurteilung aus ärztlicher Perspektive als auch aus Patientensicht zur Anwendung gekommen. Zielgruppe der Studie waren Frauen mit Brustkrebs, die im Anschluss an die Akutbehandlung adjuvant therapiert werden und eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch nehmen. Die Patientinnen wurden zu Beginn und am Ende der AHB anhand des „Zielkatalogs Mamma-Ca“ befragt. Desweiteren wurden die Bereiche gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC-QLQ-C30), Krankheitsverarbeitung (Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung) sowie der psychischen Befindlichkeit (HADS) erfasst.

Zusätzlich zur Patientensicht wurden auch von ärztlicher und psychologischer Seite die relevanten Reha-Zielbereiche eingestuft sowie Maße zur Reha-Bedürftigkeit und eine ärztliche/psychosoziale Basisdokumentation erhoben.

Ergebnisse

161 Patientinnen wurden von Januar bis September 1999 zu Beginn und am Ende einer stationären AHB-Maßnahme befragt. Die Akzeptanz des Ziel-Katalogs bei den Patientinnen war sehr hoch. Das eingesetzte Instrument diente den Patientinnen zur Orientierung und Formulierung ihrer Erwartungen und Ziele an die AHB-Maßnahme. Den Ärzten und Psychologen bot der Ziel-Katalog die Möglichkeit individuelle Reha-Ziele besser zu strukturieren und Effekte gewählter Maßnahmen selbst bewerten zu müssen.

Folgende Ergebnisse werden in der Präsentation dargestellt:

- Häufigkeiten und Verteilung von Patientenpräferenzen des Zielkatalogs „Reha-Ziele bei Mamma-Ca“
- Häufigkeiten und Verteilung von prioritären Reha-Zielen aus Sicht des Reha-Arztes und des Reha-Psychologen
- Maße zur Urteilsübereinstimmung zwischen Patientenwahl und Arzt- bzw. Psychologenurteil
- Zusammenhangsmaße zwischen Zielerreichung und etablierten Maßen zur Bestimmung des Reha-Erfolgs: Lebensqualität, Befindlichkeit, Reha-Status und medizinischer Status
- Vergleichende Effektstärkenberechnungen hinsichtlich ausgewählten Zielbereichen und Parametern der Lebensqualität

Diskussion

Das dargestellte Vorgehen leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Evaluationsmethoden in der stationären Rehabilitation, mit dem Ziel, die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsziele systematisch zu erfassen und bereichsspezifisch bewerten zu können. Das dargestellte Instrument zur Zielorientierung und Zielbewertung stellt ein neues, für die klinische Routine geeignetes Verfahren zur individuumsorientierten Planung und Evaluation von Reha-Maßnahmen dar. Empirische Belege für eine verbesserte Identifizierung von Reha-Effekten werden dargestellt und diskutiert.

Literatur

Gerdes, N. (1998): Rehabilitationseffekte bei „zielorientierter Ergebnismessung". Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. Deutsche Rentenversicherung, 3-4, 217-238.

Kiresuk, T. (1994): Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Koch, U., Weis, J. (1992): Krebsrehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland. Eine kritische Betrachtung unter rehabilitationspsychologischer Perspektive. Strahlentherapie und Onkologie, 11, 622-627.

Smith, A., Cardillo, J., Smith, S., Amezaga, A. (1998): Improvement scaling (rehabilitation version). A new approach to measuring progress of patients in achieving their individual rehabilitation goals. Medical Care, 36 (3), 333-47.

Verbesserung der individuellen Lebensqualität chronisch erkrankter Frauen durch ein frauenspezifisches ambulantes Rehabilitationsprogramm

Rambow-Bertram, P. (1, 2), Laux, B. (1), Jonas-Steding, E. (1), Voß, K. (1), Krieger, M. (3), Sens, B. (2), Teichmann, J. (3), Gutenbrunner, Ch. (1), Gehrke, A. (1)

(1) Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, MHH, Hannover, (2) Zentrum für Qualitätsmanagement GmbH, Hannover, (3) Fachklinik Erbprinzentanne, Clausthal-Zellerfeld

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Während die gegenwärtigen Schwerpunkte der Krebsforschung in den medizinischen Bereichen der Ursachenforschung, Früherkennung, Diagnose und Therapie liegen, ist die onkologische Rehabilitationssituation noch deutlich defizitär. Rehabilitation beschränkt sich heute meist auf zeitlich begrenzte stationäre Heilverfahren. Uhlemann (1995) untersuchte Mammakarzinompatientinnen zu Beginn, am Ende und 6 Monate nach einem stationären Heilverfahren zu Lebensqualität. Es zeigte sich insgesamt zum Ende des stationären Heilverfahrens eine deutliche Verbesserung in allen Bereichen, die jedoch nach 6 Monaten wieder unter das Ausgangsniveau zum ersten Messzeitpunkt gefallen war. Das Ziel der laufenden Interventionsstudie ist eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität von Mammakarzinompatientinnen durch ambulante interdisziplinäre, insbesondere psychosoziale Unterstützung.

Methodik, Studiendesign

Es handelt sich um eine prospektive Interventionsstudie, in dem sich für eine randomisierte Gruppe ein 6-monatiges interdisziplinäres ambulantes Rehabilitationsprogramm an ein stationäres Heilverfahren anschließt. Zu 5 Messzeitpunkten werden die Patientinnen zu den Zielparametern Lebensqualität, psychosozialer Status, Funktionsstatus u.a. untersucht.

Ergebnisse

Bereits in der Anfangsphase der Rekrutierung zeigte sich bei den Patientinnen eine Diskrepanz zwischen dem hohen Bedarf an Unterstützung einerseits und einer vermuteten hohen Belastung durch das Rehabilitationsprogramm andererseits. 94,9 % der zum Messzeitpunkt 2 befragten Patientinnen (n = 39) hielten die weitere Verbesserung der im stationären Heilverfahren erzielten Ergebnisse für sehr wichtig: z.B. Erhöhung der Schulter-Arm-Beweglichkeit (82,1 %), aber auch eine Verbesserung des psychischen Zustandes (71,8 %) genannt. Trotz dieser hohen Erwartungen ließ sich feststellen, dass nach der Zuteilung in die Gruppen die Anzahl der Abbrecher in der Studiengruppe bei 28,2 % gegenüber 0 % in der Kontrollgruppe ($p < .05$) lag. Als Hauptgründe wurden dabei ein zu großer persönlicher Stress, (43,3 %) und eine zu große Entfernung zur Medizinischen Hochschule genannt. Zusätzlich stellte sich heraus, dass die Patientinnen der Studiengruppe im Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen, 1991) signifikant höhere Werte in Internalität ($Ts = 50,89$, $Tk = 47,84$, $p < .006$) und signifikant niedrigere Werte in sozialer Externalität ($Ts = 46$, $Tk = 50,68$, $p < .47$) aufwiesen. Alle Werte liegen innerhalb Normbereich.

Diskussion

Die spiegelbildlichen Werte in Kontroll- und Kompetenzüberzeugung bei den Patientinnen der Studien- und der Kontrollgruppe bieten eine mögliche Erklärung für das unterschiedliche Abbruchverhalten der Patientinnengruppen. Ein hoher Wert im Bereich Internalität besagt, dass die Person eigene Interessen erfolgreich vertritt, selbst über wichtige Ereignisse ihres Lebens bestimmt, Erfolge als abhängig von der eigenen Anstrengung und dem persönlichen Einsatz ansieht und die eigenen Handlung wirksam und effektiv erlebt. Ein hoher Wert in sozialer Externalität bedeutet, dass die Person sich und das Leben stark von anderen Menschen abhängig sieht, emotional vom Verhalten anderer abhängig und wenig durchsetzungsfähig ist. Die Patientinnen der Studiengruppe sind daher generell davon überzeugt, auch ohne ein spezielles Programm zurechtzukommen, da sie sich in der Lage fühlen, im Bedarfsfall selbst Unterstützung zu organisieren. Treten bei dieser Überzeugung zusätzliche Schwierigkeiten (Stress, Anfahrt) auf, so verzichten diese Patientinnen auf eine Teilnahme.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die bisherigen Ergebnisse stützen die Hypothese des Bedarfs an zusätzlicher ambulanter Rehabilitation bei Patientinnen mit Mammakarzinom. Zu beachten sind jedoch nicht nur die medizinischen Daten, sondern ebenfalls die verschiedenen Merkmalsausprägungen, z.B. im Bereich der Kontroll- und Kompetenzüberzeugung, um eine individuelle Zuweisung zur jeweils geeigneten Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten. Dementsprechend müssen auch gerade im psychosozialen Bereich zusätzliche wohnortnahe Strukturen aufgebaut werden.

Literatur

Krampen, G. (1991): Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung. Hogrefe, Göttingen.

Uhlemann, T.H., Biskup, M., Held, K., Gärtner, U. (1995): Onkologische Rehabilitation – Subjektive Wahrnehmung stationärer Rehabilitation. Papst Science Publishers, Lengerich.

Fatigue bei onkologischen Patienten in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Bartsch, H.H. (1), Weis, J. (1), Moser, M.T. (1), Adam, G. (2), Kruck, P. (3)

(1) Klinik für Tumorbiologie Freiburg, Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge, Freiburg, (2) Asklepios Klinik Hohenstein, Triberg, (3) Nahetal Klinik, Bad Kreuznach

Einleitung

Müdigkeit und Erschöpfung zählen mit zu den häufigsten Symptomen die im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und Tumortherapien von den Patienten genannt werden (Donelli, 1995). Der im englisch- und französischsprachigen Ausland benutzte Begriff Fatigue hat erst in den letzten Jahren auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen und ist mit in das Zentrum des wissenschaftlichen Interesses gerückt (Glaus, 1998). Zahlreiche Veröffentlichungen befassen sich mit der Messung, Operationalisierung, und Dimensionalität dieses noch nicht klar definierten Konzeptes (Glaus, 1998, Smets et al., 1995). Bisher scheint es noch keine übereinstimmende Definition von Fatigue im Zusammenhang mit Krebserkrankungen bzw. Therapien zu geben.

Das Spektrum an Problemen im somatischen und psychosozialen Bereich von Tumorpatienten, die nach erfolgter Primärtherapie, aber auch nach länger zurückliegender Tumorbehandlung, eine Rehabilitationsmaßnahme wahrnehmen, ist sehr heterogen. Wir waren daher interessiert, mittels einer Querschnittuntersuchung die Prävalenz des Fatigue-Syndroms in einer möglichst unausgelesenen Gruppe von Tumorpatienten, die eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme durchführen, zu bestimmen und Faktoren zu identifizieren, die für diese Symptomatik verantwortlich sein können wie bspw. Therapiemodalität, der Abstand zur Primärtherapie oder anderen Rahmenbedingungen.

Methodik und Patienten

Als Instrumente zur Erfassung der aufgeführten Konzepte wurden die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), zur Messung der Lebensqualität der EORTC-QlQ-C30 und zur Erfassung der Dimension Fatigue die deutsche Übersetzung des Multidimensional Fatigue Inventory / MFI von Smets (1995) eingesetzt. Außerdem wurden medizinische und soziodemografische Daten erhoben. Insgesamt wurden 144 Patienten (101 w, 43 m) aus drei onkologischen Rehabilitationskliniken hinsichtlich Fatigue, Lebensqualität, Angst und Depression befragt. Es handelt sich um eine konsekutiv erhobene, nichtselegierte Stichprobe von Rehabilitationspatienten mit unterschiedlichsten malignen Erkrankungen.

Dabei handelte es sich um Patienten mit Mammacarcinom (32 %),Tumoren des Gastrointestinaltraktes (27 %), der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, Nieren und ableitenden Harnwege (15 %) sowie hämatologische und lymphatische Systemerkrankungen (20 %). Neun Patienten wurden in einer Gruppe ‚Sonstige' zusammengefasst.

68 % der Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung tumorfrei, 8 % in Teilremission 10 % befanden sich in einer progredienten Krankheitsphase. Der überwiegende Teil aller Patienten war operiert (81 %) und hatte eine Chemotherapie (47 %) erhalten. Ein Viertel der Patienten war vorbestrahlt und 13 % waren mit Hormonen vorbehandelt. Das Gesamtbefinden der Patienten wurde mittels der WHO Aktivitätsskala eingestuft, wobei 81 % aller Patienten ein normales oder leicht eingeschränktes Aktivitätsniveau besaß. Ein Drittel (37 %) der Patienten litt unter Schlafstörungen. Eine Anämie mit Hämoglobinwerten < 12 g % wurde bei 33 Patienten (23 %) festgestellt.

Ergebnisse

Die Korrelationen der MFI-Fatigue-Skalen und der HADS-Depressions-Skala liegen im mittleren Bereich (r = .48 bis .68). Die Korrelation von Fatigue und Angst ist als moderat einzustufen (r = .39 bis.58). Sämtliche Skalen des EORTC-QLQ-C30 korrelieren mit den Fatigue-Skalen theoriekonform: Die EORTC-Skala „Fatigue" korreliert am höchsten mit allen Fatigue-Skalen des MFI (r= .81), während die Funktionsskalen „Physical Functioning" und „Global Health" in einem substanziellen negativen Zusammenhang stehen. Der Zusammenhang zwischen Fatigue und Funktions- bzw. Aktivitätsstatus, gemessen durch den WHO-Index , ist nur gering (r= .30 bis .35). Lediglich die körperliche Manifestation des Fatigue-Erlebens steht in engerem Zusammenhang zum WHO-Index (r= .40). Die Hämoglobin-Konzentration im Blut (Hb), das Alter der Patienten oder die Erkrankungsdauer zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit den Fatigue-Ergebnissen.

Der Vergleich der Patienten mit unterschiedlichem Tumorstatus zeigte, dass sich lediglich tumorfreie Patienten gegenüber Patienten mit progredienten Krankheitsverläufen durch ein signifikant geringeres Fatigue-Erleben unterscheiden (ANOVA, p= .02). Gruppenvergleiche hinsichtlich verschiedener Vorbehandlungen zeigten keine weiteren Unterschiede auf.

In einem weiteren Analyseschritt wurde geprüft, ob es Gruppen/Cluster von Patienten mit bestimmten Mustern von Fatigue, Lebensqualität und psychischer Befindlichkeit gibt. Als statistisches Verfahren wurde eine hierarchische Clusteranalyse nach WARD gewählt. Distanzen wurden mit dem Maß der quadrierten euklidischen Distanz berechnet. Das gewählte Verfahren lieferte nach statistischer und graphischer Prüfung eine klare 3-Cluster-Lösung, d.h. jeweils eine Gruppe mit hohen, mittleren und niedrigen Fatigue-Werten. Die Unterschiede zwischen den drei Patientenclustern sind auf allen Skalen statistisch signifikant (ANOVA, p < .01).

Diskussion

Die Ausprägung von Fatigue war in der vorliegenden Untersuchung im Vergleich zu bisher publizierten Werten von vergleichbaren Populationen geringer. (Visser et al., 1998). 22 % der Patienten wiesen deutliche Zeichen von Fatigue auf, ohne dass dies direkt mit einer Erkrankungsart, der Erkrankungsdauer oder einer Therapieform direkt korrelierte. Es ließen sich jedoch in Bezug auf Fatigueausprägung drei signifikant unterschiedliche Patientengruppen identifizieren. Fatigue ist ein Symptom, welches auch für den Rehabilitationspro-

zess von onkologischen Patienten Bedeutung hat und damit sowohl im Hinblick auf die Rehabilitationsstrategie, wie auch die berufliche Langzeitprognose Auswirkungen hat.

Literatur

Donelli, S., Walsh, D. (1995): The symptoms of advanced cancer. Seminars of Oncology, 22, 67–72.

Glaus, A (1998): Fatigue in Patients with Cancer: Analysis and Assessment, Springer Berlin.

Smets, E.M.A., Garssen, B., Bonke, B., de Haes, J.C.J.M (1995): The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J of Psychosom Res, 39, 315–325.

Visser, M.R.M., Smets, E.M.A (1998): Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: How are they related?. Support Care Cancer: 6, 101–108.

Prävalenz neuropsychologischer Beeinträchtigungen bei Tumorpatienten. Einflussfaktoren und Rehabilitationsbedarf

Poppelreuter, M. (1), Külz, A.K. (2), Tucha, O. (3), Weis, J. (1)

(1) Klinik für Tumorbiologie, Freiburg, (2) Psychologisches Institut der Universität, Freiburg, (3) Psychologisches Institut der Universität, Regensburg

Neuropsychologische Beeinträchtigungen bei Tumorpatienten werden in der psychoonkologischen Literatur zwar seit längerem diskutiert (Weiss et al., 1974; Levine et al., 1978), bislang gibt es aber nur wenige systematische Untersuchungen zu diesem Themenkomplex (Walsh et al., 1998). In jüngerer Vergangenheit findet das Thema unter verstärkter Berücksichtigung von Aspekten der Lebensqualität in der Onkologie mehr Beachtung (Bullinger, 1997).

Geistige Flexibilität, Gedächtnisleistung und Problemlösefähigkeit sind nicht nur wesentliche Faktoren für gute Lebensqualität, sie berühren auch zentrale Punkte des „patient management“ und damit Fragen der medizinischen Prognose (Folstein et al., 1984; Andrykowski et al., 1992).

Vorliegende Studien dokumentieren die Relevanz des Problems an verschiedenen onkologischen Populationen, so z.B. bei Patienten nach allogener Knochenmarkstransplantation (Andrykowski et al., 1989, 1990, 1992, 1994; Meyers et al., 1994; Ahles et al., 1996), cranialer Radiotherapie (Johnson et al., 1985, 1990; Kaasa et al., 1988) oder Hochdosischemotherapie (Van Dam et al., 1998), zunehmend auch an Patienten unter konventionellen chemotherapeutischen Behandlungsprotokollen (Wieneke et al., 1995; Schagen et al., 1999). Studien, die die Prävalenz neuropsychologischer Beeinträchtigungen in der Gesamtpopulation onkologischer Patienten dokumentieren, fehlen fast völlig (Folstein et al., 1984; Meyers et al, 1992; Andrykowski et al, 1992). Methodische Probleme und das Fehlen klarer pathogenetischer Modelle erschweren die Forschungsbemühungen zusätzlich.

Bei der Überprüfung möglicher Zusammenhänge zwischen affektivem Status und Aspekten der Krankheitsverarbeitung mit den Leistungen in objektiven neuropsychologischenb Tests fanden verschiedene Autoren keine relevanten Korrelationen (Ahles et al., 1996; Meyers et

al., 1992; Andrykowski et al., 1992) . Durchgängig zeigten sich äußerst schwache Korrelationen zwischen der Selbsteinschätzung von Patienten und objektiven neuropsychologischen Befunden (Cull et al., 1996).

In unserer eigenen Untersuchung standen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Wie groß ist der Anteil an neuropsychologisch beeinträchtigten Patienten im Rahmen der unausgelesenen Population unserer onkologischen Rehabilitationsklinik?
2. Lassen sich Zusammenhänge zwischen kognitivem Funktionsniveau und Art und Ausmaß der onkologischen Behandlung ausmachen?
3. Welchen Einfluss haben die aktuelle emotionale Verfassung und Aspekte der Krankheitsverarbeitung auf das neuropsychologische Funktionsniveau?
4. Wie stellt sich der Zusammenhang zwischen subjektiv erlebter kognitiver Leistungsfähigkeit und objektiven Testbefunden dar?
5. Welche Implikationen ergeben sich aus den gewonnenen Daten für neurorehabilitative Maßnahmen?

Unsere Stichprobe rekrutierten wir aus Patienten unserer Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge. Von 179 potentiellen Kandidaten konnten wir 119 (66,5 %) für die Teilnahme gewinnen. Soziodemographische und medizinische Daten werden in der Stichprobenverteilung dargestellt.

Die Untersuchung bestand aus einer neuropsychologischen Testbatterie, die insbesondere konzentrative und mnestische Aspekte erfasste, sowie aus Fragebögen zum aktuellen affektiven Status, zur Krankheitsverarbeitung und zur Selbsteinschätzung hinsichtlich kognitver Probleme im Alltag. Die eingesetzten Verfahren werden detailliert dargestellt.

Unsere Daten zeigen, dass auch bei Anwendung eines konservativen Kriteriums ca. 25 % unserer Teilnehmer Hinweise auf kognitve Beeinträchtigungen in den Testverfahren zeigten. Diese Defizite ließen sich nicht auf bestimmte Tumorentitäten oder Behandlungsschemata zurückführen. Ebenso fanden sich praktisch keine Zusammenhänge zwischen affektivem Status oder Krankheitsverarbeitung und neuropsychologischen Testergebnissen. Die Korrelationen zwischen Selbsteinschätzung und objektiven Testergebnissen waren ausgesprochen niedrig, dagegen fanden wir deutliche Zusammenhänge zwischen affektiver Verfassung und Selbstbeurteilung hinsichtlich kognitiver Leistungsfähigkeit.

Unserer Ergebnisse zeigen auch, dass für die Indikationsstellung für neurorehabilitative Maßnahmen die Selbstbeurteilung der Patienten alleine kein hinreichendes Kriterium darstellt, sondern durch objektive Testbefunde gesichert werden sollte.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in Richtung auf Längsschnittuntersuchungen an homogeneren Patientengruppen. Wir konzentrieren uns z.Zt. auf die Entwicklung einer ökonomischen Testbatterie für Screeningzwecke und die Evaluation unserer neuropsychologischen Trainingsangebote.

Literatur

Andrykowski, M.A., Schmitt, F.A., Gregg, M.E. et al. (1992): Neuropsychologic impairment in adult bone marrow transplant candidates. Cancer, 70, 2288-2297.

Cull, A., Hay, C., Love, S.B. et al. (1996): What do cancer patients mean when they complain of concentration and memory problems? British Journal of Cancer, 74, 1674-1679.

Johnson, B.E., Patronas, N., Hayes, W. et al.: Neurologic, computer cranial tomographic, and magnetic resonance imaging abnormalities in patients with small cell lung cancer. Journal of Clinical Oncology, 8, 1, 48-56.

Schagen, S.B., Van Dam, F.S.A.M., Muller, M.J. et al. (1999): Cognitive deficits after post-operative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Cancer, 85, 640-650.

Silberfarb, P.M. (1983): Chemotherapy and cognitive deficits in cancer patients. Annual Reviews of Medicine, 34, 35-46.

Rehabilitations-Sportgruppen in der Krebsnachsorge in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse einer Befragung von 813 Betroffenen und 105 Übungsleitern/innen

Schüle, K.

Deutsche Sporthochschule, Institut für Rehabilitation und Behindertensport, Köln

Ausgangslage

Im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells spielen in der onkologischen Nachsorge Gruppenerfahrungen zur physischen und psychosozialen Unterstützung im Vergleich zur kardiologischen Nachsorge eine immer noch untergeordnete Rolle. Während sich in Deutschland in den letzten 30 Jahren ca. 5.000 Herzgruppen etablierten, wurde im onkologischen Bereich nach 18 Jahren 1999 erst die 500. Krebsnachsorge-Sportgruppe ins Leben gerufen. Da in diesen Gruppen mit 97 % fast ausschließlich Frauen integriert sind, existieren mittlerweile mehr Reha-Sportgruppen als Gruppen in der „Frauenselbsthilfe nach Krebs". Etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen nehmen sowohl in den Gruppen der „Frauenselbsthilfe" als auch jenen des „Reha-Sports" teil. Man kooperiert im sozialen Netzwerk sehr gut miteinander.

Im vorliegenden Beitrag wird über die personale Struktur (persönliche Daten, Krankheitsgeschichte, Reha-Maßnahme, sportliche Vorerfahrung, Fragen zur Krebssportgruppe) und Wünsche der Betroffenen sowie die Organisationsstruktur der Gruppen (Qualifikation der Übungsleiterinnen, Finanzierung und Aufbau der Gruppen, Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Sportstätten, etc.) berichtet.

Methode

In NRW existieren bei 170 Trägern 216 spezielle Reha-Sportgruppen für Krebspatienten. Von 91 Trägern (ca. 54 %) erhielten wir von 813 Betroffenen auswertbare Fragebögen zurück. Diese enthielten 60 meist geschlossene Fragen. Parallel hierzu kamen 107 Bögen (mit 32 Fragen) von Übungsleitern/innen zur Auswertung.

Ausgewählte Ergebnisse

Teilnehmer

Das mittlere Alter der Teilnehmerinnen lag bei 60 Jahren (31-91 Jahre). Die Zugehörigkeit zur Gruppe bestand im Mittel seit 10 Jahren. Während 46 % noch vor der OP berufstätig waren, waren es nach OP lediglich noch 23 %.

Akutklinik

Insgesamt waren etwa 20 Krebsarten vertreten. 82,5 % hatten ein Mamma-Ca, 5 % Darmkrebs und 5 % Gebärmutterkrebs. Bei 65 % liegt die Erst-OP mehr als 5 Jahre zurück. Über „Komplikationen" direkt nach OP berichteten 1/3 der Teilnehmerinnen. Davon litten fast 3/4 an einer eingeschränkten Armbeweglichkeit. 25-30 % berichteten über ein Lymphödem. Lediglich 62 % wurden zuvor über Lymphödeme aufgeklärt. Lediglich 34 % erhielten Krankengymnastik. 20 % griffen auf „alternative“ Therapien zurück. Einen Brustaufbau ließen 13 % vornehmen. Nur 50 % davon würden wieder einen Aufbau machen lassen (17 % „unter Umständen").

Reha-Maßnahmen

Mehr als 3/4 nahmen an einer medizinischen Reha-Maßnahme teil. Die sporttherapeutischen Angebote bestanden dort vor allem aus Gymnastik (65 %), Schwimmen (45 %) und Wandern (23 %). Sportliche Vorerfahrungen hatten 60 % vor OP.

Nachsorge-Sportgruppe

93 % nehmen 1mal pro Woche teil. Bei 74 % liegt eine ärztliche Verordnung vor. Nur 10 % wurden über ihren Arzt auf eine Gruppe aufmerksam gemacht. Motive zur Teilnahme: 75 % Gesundheit, 50 % Geselligkeit, ca. 1/3 psychische Gründe. 72 % erwarteten „Verbesserung des körperlichen Befindens", 40 % „eine bessere Armbeweglichkeit".

Mit 91 % steht „Gymnastik mit Musik" in der Beliebtheit an erster Stelle, gefolgt von „Entspannungsverfahren" (72 %) und „Ballspielen" (64 %). 72 % finden es gut, „dass kein Leistungsdruck" besteht. Sport als Hilfe zur Problemlösung geben 69 % an. 83 % gefällt die Gruppe atmosphärisch und 88 % heben den engagierten Einsatz der Übungsleiter/innen hervor. Tod von Gruppenteilnehmerinnen: Durchschnittlich wurde über die Jahre der Tod von 4 Teilnehmerinnen erlebt.

Übungsleiter-Fragebogen

92 % der Übungsleiterinnen weisen eine spezielle Lizenz zum „Sport in der Krebsnachsorge" nach dem „Kölner Konsens" nach. Die Träger der Gruppen waren zu 82 % Vereine, gefolgt von Bildungswerk, Krankenhaus, VHS, Selbsthilfe, Kommune. Die mittlere Größe der Gruppen bestand aus 16 Teilnehmerinnen. Als häufigste Begleiterkrankungen wurden genannt: Rücken (91 %), Osteoporose (73 %), HKL (45 %), Atemwegserkrankungen (34 %), Diabetes (27 %). 80 % der Übungsleiterinnen leiten die Gruppe seit ihrer Gründung. Fortbildungsangebote wünschen sich die Übungsleiterinnen aus den Bereichen der Atemtherapie, Tanztherapie, Eutonie und Gesprächsführung.

Diskussion

Die Ursachen für die geringe Inanspruchnahme von Krebsnachsorge-Sportgruppen sind vielfältig. Neben der nach wie vor hohen Tabuisierung von Krebs (im Gegensatz zum Herzinfarkt) dürften 2 weitere wesentliche Gründe verantwortlich sein: Lediglich 16 % der Teilnehmerinnen wurden in der Reha-Klinik und lediglich 10 % durch Ärzte auf diese Gruppen hingewiesen. Hier gilt es, vermehrt Aufklärungsarbeit über die inzwischen nachgewiesenen positiven physischen und psychosozialen Effekte dieser Gruppen zu leisten. Nur so kann im Sinne einer community based rehabilitation die Rehabilitationskette von der Akut- über die Nachsorgeklinik am Wohnort erfolgreich zu Ende geführt werden.

Literatur

Dimeo, F., Fetscher, S., Lange, W., Mertelsmann, R., Keul, J. (1997): Effects of Aerobic Exercise on the Physical Performance and Incidence of Treatment-Related Complications After High-Dose Chemotherapy. In: Blood, Vol 90, No 9, 3390-3394.

Peters, C., Lötzerich, H., Niemeier, B., Schüle, K., Uhlenbruck, G. (1994): Influence of a Moderate Exercise Training on Natural Killer Cytotoxicity and Personality Traits in Cancer Patients. Anticancer Research 14, 1033-1036.

Peters, C., Schüle, K., Lötzerich, H., Uhlenbruck, G. (1996): Bewegung und Sport als Therapiemöglichkeit in der Krebsnachsorge. Geburts. u. Frauenheilk. 56 (1996) M19-23.

Schmidt-Rhode, P. (1998): Sport in der Brustkrebsnachsorge. In: GynSpektrum 6, 4,13-15.

Effektivität und Effizienz einer pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme aus unterschiedlicher Perspektive

Kaiser, U., Schmitz, M.

Hochgebirgsklinik, Davos-Wolfgang

Hintergrund

Die medizinisch-rehabilitative Versorgung befindet sich im Umbruch. Unter dem steigenden Kostendruck geriet das in der Bundesrepublik gut ausgebaute Rehabilitationssystem zunehmend in die Kritik. Unter deutlicher Vernachlässigung der Stärken der vorwiegend im stationären Kontext durchgeführten Maßnahmen (vorhandene Standards, umfassende diagnostische und therapeutische Ausrichtung am Krankheitsfolgenmodell, interdisziplinäre Teams, Einbeziehung tertiärer Prävention, nachgewiesene Erfolge) betrifft diese Kritik vor allem den Bereich der stationären Rehabilitation (Kaiser et al., 1998).

Methodik

Im Rahmen der „Davoser-Reha-Studie“ wurden in einer Teilfragestellung 187 Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen, ihre Stationsärzte und die zuweisenden Ärzte zu verschiedenen Messzeitpunkten hinsichtlich der Effekte und der Bewertung der stationären Rehabilitationsmaßnahme befragt (Kaiser, 1994).

Ergebnisse

Bei einer annähernden Gleichverteilung von Frauen (51,9 %) und Männern (48,1 %) sind in der untersuchten Stichprobe Personen mittleren und höheren Alters überrepräsentiert (Ø 47.3 Jahre). Obwohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung das Bildungsniveau relativ hoch ist, ist bereits jeder Fünfte berentet. Neben unterschiedlichen Formen von Atemwegserkrankungen leiden 52,7 % unter einer Allergie und über die Hälfte (57,8 %) weisen weitere Nebenerkrankungen auf. Insgesamt zeigt sich bei ausgeprägter Multimorbidität eine mittlere Krankheitsdauer von über 19,5 Jahren.

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ergeben sich sowohl aus Patientensicht, als auch aus Sicht der Klinikärzte beim Großteil der Befragten ausgeprägte Einschränkungen im somatischen, funktionalen und psychosozialen Bereich (Kaiser, 1994; Kaiser et al., 1998). Trotz der ausgeprägten Chronizität und den immensen individuellen Krankheitsfolgen sind nur 30 % der Befragten in fachärztlicher Behandlung.

Während des Klinikaufenthaltes nahmen die Befragten an einem auf ihre Bedürfnisse individuell zugeschnittenen interdisziplinären Rehabilitationsprogramm teil. Zum Zeitpunkt der Entlassung geben rund 90 % der Befragten an, dass sie mit den unterschiedlichen Teilbereichen des Programms äußerst zufrieden waren (Module, Prozess, Wirksamkeit).

Aus Patientensicht ergeben sich im Vergleich Aufnahme/Entlassung insbesondere in folgenden Bereichen deutliche und signifikante Verbesserungen:

- Symptomatik (Atemnot, Husten), Auslöser/Symptome (Anstrengung, Schlaf, Atemnot, Husten)
- Atemwegserkrankung, körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit, Krankheitsbewältigung, psychische Stabilität, Gesundheitszustand insgesamt
- Krankheitsmanagement (Wissen, regelmäßige Medikation, Bewältigung Atemnot, Peak-Flow-Messung, Wahrnehmung und Kontrolle des Befindens, Atemübungen, Entspannung)
- Angst, Depression, Zukunftsperspektive (Familie, Sozialkontakte, Beruf, Gesundheit)

Probleme in der Zeit nach dem Klinikaufenthalt und damit eine Gefährdung der Stabilität der gesundheitlichen Verbesserungen werden von den Betroffenen insbesondere im beruflichen Bereich, in negativen Einwirkungen von Klima- und Luftfaktoren und in fehlenden Möglichkeiten zur Weiterführung der Behandlung gesehen.

Im Vergleich Klinikaufnahme/Klinikentlassung zeigen sich aus der Sicht der behandelnden Klinikärzte in allen Zielebenen der Rehabilitation Verbesserungen. Diese betreffen vor allem folgende Bereiche:

- > 70 %: Lungenfunktion, Allgemeinbefinden, körperliche Leistungsfähigkeit, Wissen über Krankheit, Psychische Verfassung, allgemeine Leistungsfähigkeit, Atemwegserkrankung
- 45-70 %: Medikamentenbedarf, Coping, berufliche Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Compliance, Prognose

Zur Frage des weiteren Krankheitsverlaufs geben die befragten Hausärzte 6 Monate nach der Entlassung an, dass die insgesamt erzielten Verbesserungen beim überwiegenden Teil der Patienten stabil geblieben sind und in Teilbereichen nochmals zugenommen haben. Eine weitere Verbesserung betrifft insbesondere folgende Bereiche:

- > 50 %: körperliche Leistungsfähigkeit, Wissen über Krankheit, Coping, Compliance
- < 50 %: Allgemeinbefinden, Psych. Verfassung, allg. Leistungsfähigkeit, Medikamentenbedarf, berufliche Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Prognose

Bei lediglich 10 % der Patienten hat sich der Krankheitsverlauf wieder etwas verschlechtert. Im Kontext der Atemwegserkrankung beziehen sich diese Verschlechterungen primär auf die allgemeine und berufliche Leistungsfähigkeit und den Medikamentenkonsum.

Vor dem Hintergrund dieser Erfolge ist nachvollziehbar, dass 93-99 % der Hausärzte die Rehabilitationsmaßnahme sehr positiv bewerten:

- Patient war mit seiner Krankheit ‘in der richtigen Klinik’ (98 %)
- Hoher Gesamtnutzen für Patienten (90 %)
- Erwartungen an den Klinikaufenthalt für den Patienten voll erfüllt (96 %)
- Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt des Patienten (93 %)
- Zufrieden mit der Kooperation (92 %)
- Eindeutige Empfehlung der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und Allergien (99 %)

Weitere Hinweise für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme ergeben sich durch den auf Patientenangaben beruhenden Vergleich notwendiger Behandlungen durch den Arzt oder eine Klinik vor Aufnahme und nach Entlassung.

Zeitraum von 6 Monaten	Vor Aufnahme	Nach Entlassung
Unabhängig von Atemwegserkrankung:		
Arztbesuche (Häufigkeit)	5.360	3.827
Krankenhaustage (Anzahl)	1.897	895
Wegen Atemwegserkrankung:		
Arztbesuche (Häufigkeit)	3.874	2.232
Krankenhaus (Häufigkeit)	212	34
Krankenhaustage (Anzahl)	2.338	323
Notarzt (Häufigkeit)	296	79
Notaufnahmen in Klinik (Häufigkeit)	104	27
Intensivstation (Häufigkeit)	29	10

Die Ergebnisse zeigen deutliche Reduktionen notwendiger Maßnahmen und belegen damit neben der Reduktion der individuellen Krankheitsfolgen und Belastungen auch den ökonomischen Nutzen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten mit Atemwegserkrankungen.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Chronische Atemwegserkrankungen führen bei den Betroffenen zu deutlichen Einschränkungen und Krankheitsfolgen, die mit hohen gesellschaftlichen Kosten einhergehen und einer umfassenden rehabilitativen Behandlung bedürfen (Kaiser et al. 1995). Aufgrund fehlender ambulanter Strukturen und der geringen Facharztdichte kommt hierbei Facheinrichtungen zur stationären Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Die vorliegenden Ergebnisse belegen aus jeweils unterschiedlicher Perspektive die Effektivität und Effizienz stationärer pneumologischer Rehabilitationsmaßnahmen. Weitere Anhaltspunkte hierzu werden aus einem im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen durchgeführten Projekt erwartet.

Literatur

Kaiser, U. (1994): Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation chronischer Atemwegserkrankungen. Frankfurt: VAS.

Kaiser, U., Lütke-Fremann, H., Schmitz, M. (1995): Atemwegserkrankungen. In F. Petermann (Hrsg.), Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (165-190). Göttingen: Hogrefe.

Kaiser, U., Schmitz, M. (1998): Ambulante Rehabilitationsangebote bei chronischen Atemwegserkrankungen: Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus der Davoser-Reha-Studie (166-186). In: Schmidt-Ohlemann, M., Zippel, Ch., Blumenthal, W., Fichtner, H.J. (Hrsg.): Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft. DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 7. Ulm: Universitätsverlag.

Bestimmung der körperlichen Aktivität in Verbindung mit körperlichem Training bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Behnke, M., *Merkt,* B., *Kirsten,* D., *Jörres*, R.A., Magnussen, H.

Krankenhaus Großhansdorf, Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Großhansdorf

Hintergrund, Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Gerade bei älteren Menschen stellt Immobilität einen bekannten Risikofaktor für die Entwicklung und negative Beeinflussung verschiedener Erkrankungen dar (Berg et al., 1991). Auch Patienten mit mittel- bis schwergradiger chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) neigen dazu, körperliche Aktivität zu vermeiden, da diese für sie mit dem Symptom der quälenden Luftnot verbunden ist. Demgegenüber ist in zahlreichen Untersuchungen umfassend dargestellt worden, dass körperliches Training bei Patienten mit COPD wesentliche positive Effekte (gesteigerte Belastungsfähigkeit) hervorrufen kann (American Thoracic Society, 1999; Pulmonary Rehabilitation, 1999). Die Aufrechterhaltung dieser Effekte erfordert jedoch ein Mindestmaß an täglicher körperlicher Aktivität. Ziel dieser Untersuchung war es, die tägliche körperliche Aktivität von Patienten mit COPD, die an einem stationären Kurzzeittraining teilnahmen, im Vergleich zu nichttrainierenden Kontroll-Patienten zu quantifizieren und in Zusammenhang mit der 6-Minuten-Laufbandstrecke (6MLS) zu bringen. Die Messung der Aktivität erfolgte in Form von Aktivitätspunkten mittels eines triaxialen Accelerometers (TriTrac R3D).

Methodik

46 Patienten (31m/15w) mit schwergradiger COPD (FEV_1 1,2±0,8L; Alter 66±7 Jahre) wurden in die Studie eingeschlossen. Davon führten 31 Patienten ein zehntägiges stationäres Kurzzeittraining durch. An Tag 5 und 8 trugen alle Patienten sowohl während des gesamten Tages als auch während des 6-Minuten-Laufbandtestes einen triaxialen Aktivitätsmonitor (TriTrac R3D).

Ergebnisse

Die mittlere 6MLS (±SEM) der trainierenden Patienten steigerte sich signifikant ($p<0,001$) von 364±77m an Tag 5 auf 456±96m an Tag 8 und korrelierte signifikant ($p<0,001$) mit der vom Aktivitätsmonitor gemessenen Tagesaktivität (Tag 5: $r=0,78$; Tag 8: $r=0,72$). Die 6MLS der nichttrainierenden Patienten zeigte keine signifikante Steigerung, korrelierte jedoch ebenfalls an beiden Tagen signifikant mit der gemessenen Tagesaktivität (Tag 5: $r=0,76$; Tag 8: $r=0,75$). Bei allen Patienten korrelierte die 6MLS signifikant mit der vom Aktivitätsmonitor während des 6-Minuten-Laufbandtestes gemessenen Aktivität (Tag 5: 0,74; Tag 8: $r=0,81$; $p<0,001$). An Tag 5 und Tag 8 lag die Tagesaktivität der trainierenden Patienten signifikant höher als diejenige der nichttrainierenden Patienten (jeweils $p<0,01$).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Aufgrund unserer Beobachtungen erscheint ein kontrolliertes körperliches Training geeignet, die tägliche Gesamtaktivität bei Patienten mit schwergradiger COPD zu steigern. Weiterhin erscheint die 6-Minuten-Laufbandstrecke als valider Parameter zur Einschätzung der

täglichen Gesamtaktivität; hierbei hat sich der von uns verwendete Aktivitätsmonitor als geeignet erwiesen.

Ausblick

Im Anschluss an die Ergebnisse unserer Untersuchung erscheint es gerechtfertigt, in einem regulären körperlichen Trainingsprogramm bei Patienten mit schwergradiger COPD entweder die 6-Minuten-Laufbandstrecke oder einen Aktivitätsmonitor zur Bestimmung der täglichen körperlichen Gesamtaktivität einzusetzen.

Literatur

Berg, H.E., Dudley, G.A., Haggmark, T., Ohlsen, H., Tesch, P.A. (1991): Effects of lower limb unloading on skeletal muscle mass and function in humans. J Appl Physiol; 70: 1882-1885.

American Thoracic Society (1999): Pulmonary Rehabilitation-1999. Am J Respir Crit Care Med; 159:1666-1682.

Langzeit-Effekte eines häuslichen Belastungstrainings bei Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Behnke, M., Kirsten, D., Jörres, R.A., Magnussen, H.

Krankenhaus Großhansdorf, Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Großhansdorf

Hintergrund, Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Die Wirkungen körperlichen Trainings im Rahmen pulmonaler (stationärer und ambulanter) Rehabilitationsprogramme, insbesondere bei mittelgradiger COPD, finden sich in zahlreichen Übersichten umfassend dokumentiert (American Thoracic Society, 1999; Pulmonary Rehabilitation-1999). Die wesentlichen Effekte beinhalten eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität sowie eine Reduktion der krankheitsbezogenen Kosten. Daher sind körperliches Training bzw. Rehabilitation zu einem unerlässlichen Bestandteil der gängigen Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie chronisch-obstruktiver Lungenerkrankungen geworden (ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel, 1997). Häusliche Rehabilitationsprogramme bei Patienten mit schwergradiger COPD zeitigten bisher allerdings unterschiedliche Ergebnisse, vor allem in Bezug auf einen anhaltenden Trainingseffekt (Wijkstra et al., 1996; Strijbos et al., 1996). Darüber hinaus unterscheiden sich die zu diesem Thema durchgeführten Studien hinsichtlich der angewandten Trainingsmodalitäten und untersuchten Patientengruppen erheblich, so dass ihre Ergebnisse nur bedingt vergleichbar sind. Aus diesem Grunde besteht nach wie vor kein Konsens über optimale Trainingsstrategien zur Verbesserung und Erhaltung der körperlichen Belastungsfähigkeit bei Patienten mit COPD (Gosselink et al., 1997).

Die nachfolgend beschriebene Studie hatte das Ziel, bei Patienten mit schwergradiger COPD die Effektivität eines häuslichen, in den Lebensablauf integrierten Gehtrainings hinsichtlich der Stabilisierung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie möglicher Effekte auf die Lebensqualität und die Häufigkeit von Exazerbationen zu bestimmen.

Methodik

46 stationär behandelte Patienten mit schwergradiger COPD wurden nach initialer Erholung von einer akuten Exazerbation randomisiert einer Trainings- (T) und einer Kontrollgruppe (K) zugeteilt; davon konnten 26 Patienten (20m/6w; FEV1 36,9±6,3 % vom Sollwert) über 18 Monate nachverfolgt werden. Die T-Patienten absolvierten ein stationäres, zehntägiges Gehtraining und führten nach der Entlassung über 18 Monate ein individuelles häusliches Gehtraining durch. Während des gesamten stationären und häuslichen Trainingsprogrammes dokumentierten die T-Patienten ihre täglichen Aktivitäten, Symptome und Medikation mit Hilfe eines Tagebuchs; ärztliche Hausbesuche und Telefonkontakte gewährleisteten die Überwachung des Trainings sowie die Beurteilung des klinischen Verlaufes. Die K-Patienten führten kein Trainingsprogramm durch und erhielten keine Hausbesuche. An den Tagen 0/1 und 10/11 sowie nach 3, 6, 12 und 18 Monaten erfolgte bei allen Patienten eine körperliche Untersuchung, die Messung von Lungenfunktionsparametern, Blutgasen, Laktat, Dyspnoeempfinden und Lebensqualität (Chronic Respiratory Disease Questionnaire=CRDQ) sowie ein standardisierter 6-Minuten-Laufbandtest.

Ergebnisse

In der Gruppe T steigerte sich die 6-min-Laufbandstrecke von 267±24m an Tag 1 auf 490±33m an Tag 10 ($p<0,001$); dieses Ergebnis konnte während 18 Monaten aufrechterhalten werden (470±31m; $p<0,001$ vs. Tag 1). Die Werte in der Gruppe K betrugen 220±19m und 254±17m an den Tagen 1 und 10 und waren nach 18 Monaten unverändert. In demselben Zeitraum stieg der CDRQ-Score von 79±5 auf 112±4 Punkte ($p<0,001$ vs. Tag 1) in der Gruppe T, während die Werte in der Gruppe K konstant blieben. In der Gruppe T gab es während der 18monatigen Beobachtungszeit signifikant weniger exazerbationsbedingte Krankenhausaufenthalte (Anzahl/18 Monate: 3 vs. 12; $p<0,01$); außerdem war in dieser Gruppe die Häufigkeit des β2-Sympathomimetika-Gebrauches bei Bedarf nach 18 Monaten signifikant reduziert ($p<0,001$ vs. Monat 1).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die positiven Effekte eines stationären Kurzzeittrainings bei Patienten mit schwergradiger COPD können unter Durchführung eines in den Tagesablauf integrierten häuslichen Gehtrainings über 18 Monate aufrechterhalten werden. Darüber hinaus beobachteten wir eine Verbesserung der Lebensqualität bei gleichzeitiger Stabilisierung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die signifikant geringere Zahl der exazerbationsbedingten stationären Aufenthalte sowie die Reduktion des Medikamentenverbrauches in der Trainingsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe lassen erste Rückschlüsse auf mögliche positive sozioökonomische Wirkungen (Rückgang der krankheitsbedingten Komplikationen und Kosten) des von uns angewendeten Trainingskonzeptes zu.

Ausblick

Aufgrund der bisherigen positiven Ergebnisse, sowohl hinsichtlich der Verbesserungen für den einzelnen Patienten als auch in Bezug auf gesundheitspolitische Aspekte, erscheint es sinnvoll, das von uns vorgestellte ambulante Trainingskonzept anhand eines größeren Patientenkollektivs multizentrisch zu evaluieren. Diese Erweiterung hätte insbesondere den Nutzen, besser abgesicherte Daten über die möglichen Langzeitwirkungen auf die Progno-

se des Patienten und die Mortalität sowie über die zur Durchführung minimal notwendigen Infrastrukturen beibringen zu können.

Literatur

American Thoracic Society (1999): Pulmonary Rehabilitation-1999. Am J Respir Crit Care Med; 159,1666-1682.

ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel. (1997): Pulmonary Rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR Evidence-based Guidelines. Chest; 112, 1363-1396.

Wijkstra, P.J., Van der Mark, T.W., Kraan, J., Van Altena, R., Koeter, G.H., Postma, D.S. (1996): Long-term effects of home rehabilitation on physical performance in chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 153, 1234-1241.

Strijbos, J.H., Postma, D.S., Van Altena, R., Gimeno, F., Koeter, G.H. (1996): A comparison between outpatient hospital-based pulmonary rehabilitation program and a home-care pulmonary rehabilitation program in patients with COPD. A follow-up of 18 months. Chest; 109, 366-372.

Gosselink, R., Troosters, T., Decramer, M. (1997): Exercise training in COPD patients: the basic questions. Eur Respir J; 10, 2884-2891.

Gibt es Unterschiede zwischen Asthma- und COB-Patienten in der subjektiven Bewertung verschiedener Aspekte der Patientenschulung?

Herrmann, S., Schwiersch, M., Schultz, K.

Fachklinik Haus Allgäu, Pfronten

Hintergrund / Stand der Literatur

Während die Patientenschulung bei Asthma-Patienten ein etabliertes und gut evaluiertes Element der pneumologischen Rehabilitation ist (Wettengel et al., 1998; Worth, 1997) gibt es für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis (COB) nur vereinzelte Untersuchungen (Dhein et al., 1997).

Zweck der Untersuchung

Ziel ist eine Optimierung der Patientenschulung insbesondere für COB-Patienten durch einen Vergleich mit den bereits evaluierten Modellen für Asthma-Patienten.

Somit ist zu prüfen, ob zwischen Asthma- und COB-Patienten in der subjektiven Bewertung verschiedener Aspekte der Patientenschulung Unterschiede bestehen. Daraus kann auf unterschiedliche Wahrnehmungen der Patientenschulung durch diese beiden Patientengruppen und gegebenenfalls auf unterschiedlichen Schulungs- und Konzeptbedarf geschlossen werden.

Methodik

Alle Asthma- und COB-Patienten der Fachklinik Haus Allgäu nehmen an einem zeitlich und methodisch ähnlich strukturierten 10-stündigen Verhaltenstraining teil (Schultz et al., im Druck). Dieses Training ist abgestimmt mit den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Deutsche Atemwegsliga in der

Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (1995). Am Ende jedes Wochenzyklus werden im Rahmen einer Begleitevaluation alle Teilnehmer mit einem Fragebogen zu Lerneffekten und Erfahrungsgewinn durch die Patientenschulung befragt. Die Vergleichsstudie basiert auf 272 Asthma- und 151 COB-Patienten.

Ergebnisse

Alle Patienten bewerten die erhobenen Aspekte des Verhaltenstrainings insgesamt sehr gut. Es ergeben sich folgende Unterschiede: Nach der Schulung schätzen Asthma-Patienten ihr Wissen über die Basis- und Bedarfstherapie besser ein als COB-Patienten. Für die Asthma-Patienten sind die Themen „Krankheitsbewältigung“ und „Psychische Ursachen der Erkrankung“ wichtiger. Sie geben eher an, während des Verhaltenstrainings für sich mehr persönlich wichtige Dinge erfahren zu haben als COB-Patienten. Die COB-Patienten glauben eher, dass die Krankheit ausheilen kann und ein Verzicht auf die Medikamenteneinnahme möglich ist als die Asthma-Patienten. COB-Patienten geben häufiger an, sich nicht damit abgefunden zu haben, dass die Krankheit zu ihrem Leben gehört. Asthma-Patienten hielten die Patientenschulung für verständlicher als COB-Patienten. (Alle Mittelwertsunterschiede sind hochsignifikant.)

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass Asthma-Patienten das Schulungsangebot besser annehmen als COB-Patienten, sowohl die Inhalte wie auch formale Schulungsaspekte (z.B. Verständlichkeit).

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nicht angegeben werden, ob die Ergebnisse durch die Besonderheiten der Gruppe der COB-Patienten bedingt sind und ob sie durch eine Optimierung der COB-Patientenschulung verbessert werden könnten. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass der Bereich der COB-Patientenschulung konzeptionell weiter ausgebaut werden sollte. Eine noch mehr auf die Lebenssituation der COB-Patienten und damit auf Rauchen und Nikotinabusus als wesentlichen pathogenetischen Faktor der COB abgestimmte Schulung könnte hier Verbesserungen zeigen. In diesem Zusammenhang sollte noch eine Überarbeitung der Inhalte der COB-Schulungen vorgenommen werden.

Literatur

Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Deutsche Atemwegsliga in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (1995): Empfehlungen zum strukturierten Patiententraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. Medizinische Klinik 90, 515-519.

Dhein, Y., Münks-Lederer, C., Worth, H. (1997): Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE). In: Petro, W. Patientenverhaltenstraining. Dustri: München-Deisenhofen, 56-64.

Schultz, K., Schwiersch, M., Petro, W., Mühlig, S., Petermann, F. (im Druck): Individualisiertes, modular strukturiertes Patientenverhaltenstraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen in der stationären Rehabilitation.

Wettengel, R., Berdel, D., Hofmann, D., Krause, J., Kroegel, C., Kroidl, R.F., Leupold, W., Lindemann, H., Magnussen, H., Meister, R., Morr, H., Nolte, D., Rabe, K.F., Reinhardt, D., Sauer, R., Schultze-Werninghaus, G., Ukena, D., Worth, H. (1998): Asthmatherapie

bei Kindern und Erwachsenen; Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Medizinische Klinik 93, 639-650.
Worth, H. (1997): Patientenschulung mit asthmakranken Erwachsenen. In: Petermann, F. (Hrsg.): Patientenschulung und Patientenberatung. Hogrefe: Göttingen, 143-155.

Wirkung der Schlafapnoe-Therapie in der Rehabilitation nach Schlaganfall

Thilmann, A.F., Wessendorf, T.E., Wang ,Y.M., Teschler, H.

Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen

Einleitung

Die Prävalenz der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) bei Schlaganfallpatienten ist hoch, was eine wichtige Bedeutung für Morbidität und Mortalität dieser Patienten haben könnte (Bassetti et al., 1996; Wessendorf et al., in press). Es ist jedoch nichts über die Wirkung der Therapie mit nasaler Überdruckatmung (nCPAP) bei Schlaganfallpatienten bekannt, welche allgemein als Standardtherapie der OSA anerkannt ist (Fischer et al. 1994).

Methodik

Die Wirkung der nCPAP-Therapie auf subjektives Befinden und Blutdruckverhalten wurde bei Patienten mit Schlaganfall in neurologischer Rehabilitation untersucht. Die Diagnose einer relevanten OSA wurde durch eine komplette Polysomnographie gestellt. Die Einstellung auf nCPAP erfolgte im Schlaflabor unter polysomnographischer Kontrolle (Autotitration mit AutoSet®). Das subjektive Befinden wurde mit einer visuellen Analogskala (VAS) bei 41 Patienten gemessen. 24-h-Blutdruckmessungen wurden bei 16 Patienten vor und 10 Tage nach Beginn der Therapie durchgeführt, ohne dass die bestehende antihypertensive Medikation verändert wurde. Die Differenzen wurden zwischen Patienten mit und ohne Akzeptanz der Therapie verglichen.

Ergebnisse

Es zeigte sich die bekannte Effizienz der nCPAP-Therapie: Respiratorische Ereignisse wurden zu 80% unterdrückt (Apnoe-Hypopnoe-Index 36,8 ± 21,5 vs, 6,5 ± 7,9/h, $p<0,001$) mit Anstieg der Sauerstoffsättigung (minimale SaO_2 76,3 ± 9,7 vs, 89,2 ± 4,6 %, $p<0,001$) und Verbesserung der Schlafarchitektur.

Es wurden keine ernsten Nebenwirkungen beobachtet. Patienten mit Therapieakzeptanz zeigten nach 10 Tagen eine deutliche Verbesserung im subjektiven Befinden (ΔVAS 26 ± 26,3 mm), während die Patienten mit Therapieablehnung keinen Unterschied aufwiesen (ΔVAS 2 ± 25,1 mm, $p=0,009$). In der Gruppe mit Therapiecompliance wurde eine Reduktion des mittleren Blutdrucks in der Nacht beobachtet (ΔRR -8 ± 7,3 mmHg), die sich nicht in der Gruppe ohne Akzeptanz fand (ΔRR +0,8 ± 8,4 mmHg, $p=0,037$). In Einzelfällen wurde nach Einleitung einer Therapie eine Blutdruckeinstellung erst möglich (Wessendorf et al., 1999). Keine Unterschiede fanden wir im Blutdruckverhalten während des Tages.

Diskussion

Bei Therapieakzeptanz führt die nasale CPAP-Therapie bei Schlaganfallpatienten mit mittelschwerer bis schwerer Schlafapnoe zu einem besseren subjektiven Wohlbefinden und zu einer weiteren Normalisierung des nächtlichen Blutdrucks. Dies unterstreicht die Bedeutung von Diagnose und Therapie schlafbezogener Atemstörungen bei Schlaganfallpatienten.

Literatur

Bassetti, C., Aldrich, M.S., Chervin, R.D., Quint, D. (1996): Sleep apnea in patients with transient ischemic attack and stroke: a prospective study of 59 patients. Neurology 47, 1167-1173.

Fischer, J., Dorow, P., Koehler, D., Mayer, G., Peter, J.H., Podszus, T., Raschke, F., Ruehle, K.H., Schulz, V. (1994): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie nächtlicher Atmungs- und Kreislaufregulationsstörungen. Pneumologie 48, 324-327.

Wessendorf, T.E., Teschler, H., Wang, Y.M., Konietzko, N., Thilmann, A. : Sleep-Disordered Breathing Among Patients With First-Ever Stroke. Journal of Neurology, in press.

Wessendorf, T.E., Wang, Y.M., Sorgenfrei, U., Teschler, H., Thilmann, A. (1999): Obstruktive Schlafapnoe als Ursache einer therapieresistenten Hypertonie bei hämorrhagischem Insult. Nervenarzt 70, 927-930.

Versorgungssituation von Schlafstörungen in der Rehabilitation

List, S.M., Raschke, F., Fischer, J.

Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney

Hintergrund

Die Prävalenz von Schlafstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung wird auf gut 30 % geschätzt, der Anteil an Reha-Patienten, die über entsprechende Symptome klagen, liegt bei bis zu 80 %. Die große Bedeutung im medizinisch-rehabilitationswissenschaftlichen Sinn leitet sich nicht nur aus der Gesamthäufigkeit der Beeinträchtigungen ab, sondern vor allem aus deren Folgen: Menschen mit gestörtem Schlaf berichten über eine deutlich niedrigere Lebensqualität, sind häufiger krank und weniger leistungsfähig im Beruf. Erkrankungen wie das Schlafapnoesyndrom (SAS) gehen einher mit erhöhten kardiovaskulären Risikoprofilen. Die durch Schlafstörungen entstehenden direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitssystem sind hoch. Ein großer Prozentsatz der Betroffenen nimmt keine professionelle Hilfe in Anspruch. Vor dem oben skizzierten Hintergrund wird die Bedeutung von Schlafstörungen für den Reha-Bereich deutlich, gerade auch unter den Gesichtspunkten von Prävention, Ganzheitlichkeit und Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Untersuchung/Ergebnisse

Im Rahmen des Projektes „Disease Management für die Rehabilitation“ des Reha-Forschungsverbundes NRW führten wir eine schriftliche Befragung von 227 Reha-Kliniken in Deutschland (Antwortquote 66%) zur Versorgungssituation bei Schlafstörungen durch. Die befragten leitenden Ärzte schätzten dabei die Prävalenz von Schlafstörungen unter den

von ihnen betreuten Patienten auf 27,1 % (± 16,1) und die des SAS auf 5,1 % (± 5,8), wobei ein Zusammenhang zwischen diesen Angaben und dem Indikationsgebiet der Klinik sowie der vorhandenen schlafmedizinisch relevanten Ausstattung besteht. Etwa ein Viertel der Reha-Patienten (24,5 ± 20,3 %) würden Schwierigkeiten mit Schlaf bzw. Müdigkeit von sich aus thematisieren. 56,5 % der Antwortenden gehen davon aus, dass eine stärkere Berücksichtigung von Schlafstörungen das Reha-Ergebnis verbessern würde, 67,3 % halten entsprechende Diagnostik und Therapie für eine sinnvolle Ergänzung des Spektrums ihrer Klinik. Nur eine Minderheit hält keine Änderung der Versorgungsweise für notwendig (7,5 %). Eine Aufenthaltsverlängerung oder Integrationsprobleme in den Routineablauf werden im wesentlichen nicht befürchtet. Über Möglichkeiten zum apparativen Monitoring/Screening (mindestens Ableitung von 2 Messgrößen) verfügen 63 Kliniken, die komplette schlafmedizinischen Diagnostik können 7 der 150 antwortenden Häuser durchführen. Nur relativ selten werden im Rahmen der Anamnese routinemäßig schlafmedizinisch relevante Parameter erhoben oder regelmäßig Schlaf/Vigilanzfragebögen bzw. -tests angewandt. Das therapeutische Angebot beschränkt sich zumeist auf die medikamentöse Therapie und die Vermittlung unspezifischer Entspannungstechniken bzw. auf Empfehlungen im Reha-Entlassungsbrief. Die Befragten selbst scheinen mit dieser Situation unzufrieden zu sein: Ein Großteil der Kliniken signalisierte Kooperationsinteresse vor allem hinsichtlich der Anwendung von Schlaffragebögen, Entwicklung von Patientenschulungsprogrammen und der Mitarbeiterweiterbildung.

Diskussion

Obwohl die Prävalenzschätzungen recht hoch erscheinen, liegen sie noch deutlich unter den Angaben in der Literatur. Es lässt sich eine Diskrepanz zwischen der (durchaus wahrgenommenen) Bedeutung von Schlafstörungen und ihrer Diagnostik und Therapie im Bereich der Rehabilitation darstellen. Da davon auszugehen ist, dass sich die Reha- Ergebnisse der Patienten durch die Berücksichtigung von Schlaf- und Vigilanzstörungen verbessern lassen, sollten in diesem Bereich vermehrte Anstrengungen unternommen werden. Dies kann auf mehreren Ebenen geschehen, z.B. durch Weiterbildung der (ärztlichen/psychologischen) Mitarbeiter, Erhebung einer strukturierten „Schlafanamnese“ bzw. Anwendung von Schlaf/Vigilanzfragebögen, Entwicklung von Patientenschulungsmodulen mit zum einen präventiver Zielsetzung, zum anderen gezielt therapeutischen Inhalten, vermehrte Diagnostik (apparativ und neurophysiologisch) – gegebenenfalls in Kooperation mit schlafmedizinischen Zentren, Einleitung spezieller Therapien bereits während der Reha bzw. Stärkung der Kooperation mit dem ambulanten Bereich i. S. der Reha-Nachsorge. Im Rahmen des bereits erwähnten Forschungsprojektes „Disease Management für die Rehabilitation“ des Reha-Forschungsverbundes NRW ist die Entwicklung und Evaluation eines entsprechenden Programms geplant.

Literatur

Ancoli-Israel, S., Roth, T. (1999): Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. Sleep, 22, 347-353.

Fischer, J., Raschke, F. (1997): The economic and medical significance of sleep-related breathing disorders. Respiration, 64, 39-44.

Fischer, J., Raschke, F. (1999): Studie zur Untersuchung der Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bei kardiologischen, pneumologischen und gastrointestinalen Primärerkrankungen und gleichzeitigen schlafbezogenen Funktionsstörungen. Studie im Auftrag des VDR, unveröffentlichtes Manuskript.

Walsh, J.K., Engelhardt, C.L. (1999): The direct economic costs of insomnia in the U. S. for 1995. Sleep, 22, 386-393.

Zammit G.K. et al (1999): Quality of life in people with insomnia. Sleep, 22, 379-385.

Schlafstörungen bei der Mehrheit der Patienten in stationärer neurologischer und orthopädischer Rehabilitation?

Ginzburg, E.

Neuro-orthopädisches Reha-Zentrum, Bad Orb

In den westlichen Industrieländern beträgt die Häufigkeit von schweren Schlafstörungen etwa 10 - 25 % (Hajak et al., 1992). Eine Reihe neurologischer Erkrankungen ist mit Schlafstörungen assoziiert (Clarenbach, 1992). Orthopädische und rheumatologische Erkrankungen mit schmerzhaften Symptomen gehen häufig mit Schlafstörungen einher (Jäckel et al., 1993).

Zweck der vorliegenden Arbeit war, Auftreten und Gesamtcharakteristika der Schlafstörungen als einen das Ergebnis der stationären Rehabilitation im Neuro-orthopädischen Reha-Zentrum Bad Orb beeinflussenden Faktor zu untersuchen.

Alle 671 in einem Zeitraum von 10 Wochen aufgenommenen Patienten erhielten einen Fragebogen mit 8 Fragen, die mögliche Schlafstörungen zum Untersuchungszeitpunkt oder in den 4 Wochen davor, Schlafmedikation, Schlaflatenz, Tagesschläfrigkeit, Aufwachschwierigkeiten und Schnarchen betrafen. In 246 (76 %) von 325 zurückgegebenen Fragebögen wurde zumindest eine der 8 Fragen bejaht. Diese Patienten erhielten den Pittsburger-Schlafqualitätsindex-Fragebogen (PSQI) (Buysse et al., 1998). Von 174 Patienten, die den PSQI zurückgaben, bildeten 128 (74 %) mit dem PSQI Gesamtscore > 5 die Gruppe der Schlafgestörten. Die Gruppe der Patienten mit ungestörtem Schlaf bildete sich aus 79 Patienten, die alle 8 Fragen verneinten, und 46 Patienten mit dem PSQI Gesamtscore <= 5. Bei den Schlafgestörten wurde die Depressivität mit Hilfe des Beck-Depression-Inventar (BDI) und Montgomery-Asberg Depression Rating-Skala (MADRS) und Ängstlichkeit mit Hamilton-Anxiety-Skala (HAMA) beurteilt. Konzentration und Aufmerksamkeit wurden apparativ mittels Cognitrone untersucht. Außerdem erfolgte die Ableitung eines standardisierten Elektroenzephalogramms und die Bestimmung der Schilddrüsenhormone.

Bei Schlafgestörten fand sich kein Zusammenhang zwischen Alter und Häufigkeit bzw. Schwere der Schlafstörungen. Schlafgestörte nahmen Medikamente insgesamt signifikant häufiger ein als Nichtgestörte. Die Dauer der Anamnese bzw. Schlafstörung korrelierte mit Schwere (Gesamtwert PSQI), Depressivität (MADRS, BDI) und Ängstlichkeit (HAMA). Ein Zusammenhang ließ sich belegen zwischen Schwere der Schlafstörungen und kognitiven Störungen (Cognitrone) für orthopädische Patienten. Anamnestisch relevant waren vor allem allgemeine Fragen nach Schlafstörungen, Schlaflatenz und Schlafmedikation. Nicht relevant war die Frage nach der Tagesschläfrigkeit.

Rund drei Viertel des ersten und des detaillierten zweiten Rücklaufs stationärer Patienten gaben Schlafstörungen an. Mit 39,4 % (des ersten Rücklaufs) liegt der Anteil der Patienten mit relevanten Schlafstörungen (PSQI > 5) höher als in der allgemeinen Population. Zwi-

schen den neurologischen und orthopädischen Schlafgestörten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf Alter, sozialen Status oder allgemeine klinische Parameter (Blutdruck, Body-Mass-Index, Schilddrüsenhormone).

Schlafstörungen spielen eine bedeutende Rolle als Partialfaktor des Rehabilitationsergebnisses. Gezielte Fragen nach Schlafstörungen, Schlafmedikation und Schlaflatenz können helfen, diese möglicherweise „unterdiagnostizierten“ Störungen rechtzeitig zu erkennen.

Literatur

Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1998): The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res, 28, 193-213.

Clarenbach, P. (1992): Schlafstörungen im Rahmen neurologischer Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg.). Handbuch des normalen und gestörten Schlafs. Springer, Berlin Heidelberg New York.

Hajak G., Rüther, E., Hauri, P.J. (1992): Insomnie. In: Berger M (Hrsg.). Handbuch des normalen und gestörten Schlafs. Springer, Berlin Heidelberg New York.

Jäckel, W.H., Gerdes, N., Cziske, R., Jacobi, E. (1993): Epidemiologie rheumatischer Beschwerden in der Bundesrepublik Deutschland. Daten zur Prävalenz und zur körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigung. Z Rheumatol; 52 (5): 281-288.

Obstruktives Schlafapnoesyndrom in der neurologischen Rehabilitationsbehandlung - Häufigkeit, Folgen und Auswirkungen auf das Outcome

Neumann, Ch., Durner J.,

Fachklinik Ichenhausen, Abt. für Neurologie und Neuropsychologie, Ichenhausen

Zahlreiche Untersuchungen zur Häufigkeit des Schnarchens zeigen in Deutschland eine Prävalenz bis ca. 10 % der erwachsenen Bevölkerung. Eine obstruktives Schlafapnoesyndrom liegt bei bis zu 5 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland vor.

Seit langem ist auch ein Zusammenhang des obstruktiven Schlafapnoesyndroms mit zahlreichen klassischen Risikofaktoren für vaskuläre Folgeerkrankungen bekannt.

Zum Aufnahmezeitpunkt in unsere neurologische Rehabilitationsabteilung klagen etwa 75 % der Patienten über Schlafstörungen, etwa 2/3 der Patienten nehmen eine schlafördernde Nachtmedikation.

In der vorliegenden Arbeit wurde in einem ersten Schritt der Frage nachgegangen, wie viele der Patienten, die auf eine neurologische Frührehabilitationsabteilung (Phase C) aufgenommen werden, an einer obstruktiven Schlafapnoe erkrankt sind. Im weiteren Verlauf wurde bei einer Untergruppe von Insultpatienten der Zusammenhang mit den bekannten Risikofaktoren sowie der Einfluss auf das Rehabilitationsoutcome untersucht.

In einem ersten Schritt wurden 500 Patienten im Alter von 20 - 85 Jahren auf unserer neurologischen Rehabilitationsstation mit dem MESAM IV Schlafapnoescreeninggerät untersucht.

Nur 25 % der Untersuchten zeigten einen Normal- oder Grenzbefund. 27 % litten an einem leichten Schlafapnoesyndrom (RDI bis 20/h), 17 % an einem mittelgradigen und 25 % an einem schwergradigen Schlafapnoesyndrom. Bei 7 % der Patienten stand eine absolute Arrhythmie im Vordergrund, welche zunächst weiter abgeklärt werden musste.

Selbst bei strenger Indikationsstellung litten also über 40 % unserer untersuchten Patienten an einem behandlungsbedürftigen Schlafapnoesyndrom, wobei zunächst eine weitere polysomnographische Abklärung sowie anschließend eine Behandlung mit CPAP oder BiPAP notwendig wäre.

In einem weiteren Schritt untersuchten wir eine Untergruppe von 130 Patienten (konsekutiv aufgenommen auf der Phase C-Abteilung 1998) mit gesichertem ischämischen Insult auf das Vorliegen von bekannten klassischen Risikofaktoren und den Zusammenhang mit einem Schlafapnoesyndrom.

Das Schlafapnoesyndrom war mit einer odds ratio von 2,0 der drittwichtigste Einzelrisikofaktor nach Hypertonie (odds ratio 2,4) und Nikotin (2,1). Weiterhin signifikant war das Alter > 60 (1,8) und ein BMI > 25 (1,8).

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs anderer Risikofaktoren mit dem Schlafapnoesyndrom war lediglich Diabetes mellitus mit einer odds ratio von 2,3 positiv korreliert.

In einem multivariaten logistischen Modell erwies sich ein Schlafapnoesyndrom IV° und V° als stärkster Prädiktor für einen tiefen Barthel-Index bei Aufnahme mit einer odds ratio von 3,6 (Konfidenzintervall 1,6 - 6,9), wobei die anderen Risikofaktoren kontrolliert wurden.

In einem weiteren Schritt wurde der Zusammenhang von Schlafapnoestadium und Barthelzuwachs untersucht, auch hier zeigte sich ein hochsignifikanter ($P < 0,0000$) Zusammenhang zwischen dem SAS-Stadium und Barthelzuwachs sowohl bezogen auf die Gesamtaufenthaltsdauer als auch pro Woche.

Genauso hochsignifikant ($P < 0,0000$) erwies sich retrospektiv der Zusammenhang des SAS-Stadiums mit dem Gesamtaufenthalt in unserer Klinik.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass in unserer Stichprobe das Vorliegen eines Schlafapnoesyndroms nach Hypertonie und Nikotinabusus dem drittwichtigsten Einzelrisikofaktor für einen Insult darstellt. Weiterhin besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen SAS-Stadium und Barthelzuwachs sowohl über den Gesamtzeitraum als auch den Zuwachs pro Woche und gegenläufig die Aufenthaltsdauer. Patienten mit einem Schlafapnoesyndrom sind insgesamt mehr als doppelt so lange in der neurologischen Rehabilitationsbehandlung. Sie profitieren jedoch trotzdem nur 30-50 % soviel von der Behandlung.

In Bezug auf eine effektive Rehabilitationsbehandlung sollte unserer Meinung nach deshalb das Schlafapnoesyndrom mehr als bisher beachtet werden. Zum einen sollte die Abklärung eines Schlafapnoesyndrom bei der Suche nach Risikofaktoren und Sekundärprophylaxe routinemäßig durchgeführt werden.

Des weiteren ist ein weiterer Ausbau der Polysomnographieplätze aus unserer Sicht dringend geboten, um die Behandlungsmethode der Wahl (eine CPAP bzw. BiPAP-Behandlung) durchführen zu können, die nach unseren Ergebnissen selbst bei strenger Indikationsstellung bei mindestens 44 % der Patienten notwendig ist.

Inwieweit nach effektiver Behandlung das Outcome und die Behandlungszeit verbessert werden kann, ist Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Literatur

Hang J. (1990): Association of sleep apnoe with myocardial infarction in men. In: Lancet 333, 261-264.

Palomaki, H. (1991): Snoring and the risk of ischemic brain infarction, In: Stroke (Aug), 1021-1025.

Spriggs, D.A. (1992): Snoring increases the risk of stroke and adversely affects prognoses. In: Q.J. Medical Nr. 83, 555-562.

Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation – Erkenntnisstand auf der Basis von fünf großen Programmevaluationsstudien

Schmidt, J. (1), Nübling, R. (1), Wittmann, W.W. (2)

(1) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen mbH, Karlsruhe, (2) Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II, Mannheim

Von Kritikern wird die Rehabilitation auch heute noch gerne als ineffizient und ineffektiv bezeichnet. Dies gilt, wenn auch in abgeschwächter Form, ebenso für die psychosomatische Rehabilitation. Wie die Diskussionen um das sogenannte Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), das im Januar 1997 in Kraft getreten ist, zeigen, geschieht dies vor allem durch Gesundheitspolitiker oder ärztliche Standesvertreter aus dem Bereich der nicht-psychosomatischen Akutmedizin. Im Gegensatz dazu kann die psychosomatische Rehabilitation bzgl. der letzten 15 Jahre auf eine umfangreiche Forschungstätigkeit zurückblicken. In der genannten Zeit wurden mehrere große Programmevaluationsstudien mit insgesamt über n=4.000 Patienten durchgeführt (Nübling et al., 1999).

Psychosomatische Rehabilitation kann nach diesen Studien als effektiv und auch effizient bezeichnet werden. Alle Studien weisen auf mehrheitlich positive Behandlungsergebnisse hin, die auch katamnestisch nachgewiesen werden können. Die positiven Ergebnisse beziehen sich dabei auf unterschiedliche Kriterienbereiche, die neben beschwerden- bzw. störungsbezogenen v.a. auch kostenrelevante Bereiche umfassen.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Übersicht über die Ergebnisse von fünf dieser Studien gegeben, die die Autoren selbst seit Mitte der 80er Jahre durchgeführt haben. Sie umfassen etwa die Hälfte der genannten Stichprobengröße (Ausgangsstichprobe n=2099 Patienten) und wurden mit einem einheitlichen methodischen Gesamtkonzept (z.B. mindestens drei Messzeitpunkte, mehrere Datenquellen, Modell der Datenboxen, Symmetrie-Prinzip) realisiert. In allen fünf Studien wurden weitgehend vergleichbare, teilweise selbstentwickelte Instrumente erhoben. Wir beziehen uns dabei auf die folgenden Studien:

1. die Zauberberg-I-Studie (n=365; Psychosomatische Klinik Schömberg; 1983-1987)
2. die Zauberberg-II-Studie (n=565; Psychosomatische Klinik Schömberg; 1989-1992)
3. die Reinerzauer Katamnese-Studie (n=560; Psychosomatische Klinik Reinerzau 1988-1994)
4. die Katamnese-Studie Bad Herrenalb (n=317; Psychosomatische Klinik Bad Herrenalb; 1997-1999)
5. Studie „Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren", (n=293 Patienten der Klinik Schömberg, Beginn: 1993-1996; Nübling et al., 1999).

Bei den Studien handelt es sich ausnahmslos um prospektiv angelegte korrelativ-naturalistische Beobachtungs-Verlaufsstudien mit mehreren Messzeitpunkten und Datenquellen. Ein wesentliches Ziel war die Analyse des Ist-Zustands unter Alltagsbedingungen.

Alle Studien umfassen mindestens 3 Messzeitpunkte, einen bei Aufnahme, einen vor Entlassung und mindestens einen Katamnesezeitpunkt. Die Zeiträume der katamnestischen Befragungen liegen dabei zwischen einem Jahr (alle) und 5 Jahren. Die Forderung nach der Abbildung längerfristiger Behandlungsergebnisse ist als Standard in die psychosomatische Rehabilitationsforschung eingegangen. Dabei sind vor allem Katamnesen von großer Bedeutung, die in einem ausreichenden Abstand nach Behandlungsende durchgeführt werden. Dies obwohl sie in der Regel sehr aufwendig und mit einigen methodischen Problemen verbunden sind (z.B. Datenschwund, Repräsentativität der Antworter, zwischenzeitliche Ereignisse/Behandlungen; Nübling et al., im Druck).

Hinsichtlich der durchgeführten 1-Jahres-Katamnesen ergaben sich auf der Ergebnisseite in nahezu allen Studien statistisch abgesicherte Reduktionen im Bereich der kostenrelevanten Variablen, d.h. Verringerung von Arbeitsunfähigkeitzeiten, ambulanten Arztbesuchen, Krankenhaustagen und Medikamentenkonsum, speziell Schmerzmittel- und Psychopharmakagebrauch. Ebenfalls in fast allen Studien ergaben sich statistisch bedeutsame positive Veränderungen in einer Vielzahl von psychometrischen Testvariablen, z.B. hinsichtlich Lebenszufriedenheit, Depressivität, Ängstlichkeit u.a. Auch hinsichtlich verschiedener Beschwerdebereiche (z.B. Schmerzen, Herz-Kreislaufstörungen, Anspannung) ergaben sich großteils hochsignifikante Veränderungen in Richtung Besserung.

In allen von uns durchgeführten Studien wurden auf der Grundlage vieler Einzelkriterien multiple Ergebniskriterien (Schmidt et al., 1987) gebildet, die wir als ein ökonomisches und praktikables Screening-Verfahren für die Abbildung der Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen vorstellen konnten. Die primär auf direkter Veränderungsmessung aufbauenden Kriterienskalen sind hochreliabel (interne Konsistenz >.90) und ausreichend valide (substantielle Zusammenhänge mit Verfahren der indirekten Veränderungsmessung). Der Beitrag geht abschließend auf Vergleichsdaten zwischen den untersuchten Kliniken auf der Basis ausgewählter Strukturmerkmale ein und diskutiert die Verwendbarkeit der Kriterien(-skalen) für ein katamnestisches Routinemonitoring.

Literatur

Nübling, R., Schmidt, J. (im Druck): Methodische Grundlagen der Ergebnisevaluation. In: Bengel, J; Koch, U (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft. Berlin, Springer.

Nübling, R., Schmidt, J., Wittmann, W.W. (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. PPmP Psychother Psychosom med Psychol, 49, 343-353.

Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W.W., Lamprecht, F. (1987): Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Evaluation. In: Lamprecht, F (Hsg): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin etc., Springer, 293-299.

Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulenübergreifenden Behandlungskonzepts: Erste Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese der Bad Herrenalber Katamnesestudie

Bürgy, R., Nübling, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J., Wittmann, W.W.

eqs.-Institut, Karlsruhe

Programmevaluationsstudien zur Beurteilung des Erfolgs schulenübergreifender (integrativer) psychotherapeutischer Behandlungskonzepte in der stationären psychosomatischen Rehabilitation gibt es bislang nur wenige.

In der Psychosomatischen Klinik Bad Herrenalb wird seit Jahren ein integrativer Behandlungsansatz verfolgt, der im wesentlichen tiefenpsychologische Gruppen- und Einzeltherapie, systemische Familientherapie, emotional erlebnisorientierte Behandlungsformen (Bonding-Therapy, Casriel) und das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker vereint. Behandelt werden vorwiegend Patienten mit psychoneurotischen Erkrankungen (ca. 50 %, speziell Depression/Angst), Abhängigkeitserkrankungen (30 %), Borderline-Patienten (15 %) und Patienten mit klassischen psychosomatischen Erkrankungen. Die Patientenklientel der Klinik ist darüber hinaus durch eine hohe Multimorbiditätsrate und häufige Chronifizierung gekennzeichnet.

Der in Bad Herrenalb verfolgte Therapieansatz wurde Gegenstand einer umfassenden Programmevaluationsstudie in den Jahren 1996-1999. Ein Hauptaspekt der Studie war die Untersuchung längerfristiger Behandlungsergebnisse. Dazu wurden in einer Stichprobe von N=317 Patienten (entspricht einer Vollerhebung) Daten zu drei Messzeitpunkten (T_0 = Aufnahme, T_I = Entlassung, T_2 = ein Jahr nach Entlassung) erhoben. Für die Beurteilung des Therapieerfolgs wurde bei Patienten neben den psychologischen Testverfahren SCL-90-R, IIP, FPI-R, GT und BL auch selbstentwickelte Skalen/Fragebogen eingesetzt (u.a. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; Fragebogen zur Therapiemotivation). Die Therapeutenangaben umfassen neben der klinikinternen Basisdokumentation die klinischen Ratingverfahren BSS und GAF.

Präsentiert werden Ergebnisse der 1-Jahreskatamnese. Die Analysen zeigen, dass eine Vielzahl der zu T_1 gemessenen positiven Veränderungen auf der Ebene der psychometrischen Skalen auch zum Katamnese-Zeitpunkt T_2 stabil bleiben bzw. sich partiell sogar noch verbessern. Bei der Teilstichprobe berufstätiger Patienten zeigten sich hinsichtlich beruflicher Variablen ebenfalls bedeutsame Veränderungen, z.B. hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit oder des Erlebens der Arbeitssituation.

Psychosomatischer Reha-Erfolg in Abhängigkeit von bewilligter und tatsächlicher Reha-Dauer: Ergebnisse aus Patienten- und aus sozialmedizinischer Sicht

Irle, H., Klosterhuis, H.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Hintergrund

Der Einfluss des Faktors Zeit auf den therapeutischen Prozess wird seit der Etablierung der Psychotherapie kontrovers diskutiert. Auch die in der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführten Untersuchungen sprechen dafür, dass in Abhängigkeit von der Reha-Dauer unterschiedliche therapeutische Wirkfaktoren zur Geltung kommen, die bei der Bestimmung des Reha-Zieles zu berücksichtigen sind. Eine optimale Behandlungsdauer hat sich für die stationäre Psychosomatik empirisch bislang nicht ermitteln lassen. So geht Nosper (1999) davon aus, dass sich die Besserung in den ersten drei Wochen auf die subjektive Befindlichkeit beschränkt, während die Beeinflussung der klinisch relevanten Symptomatik eine längere Psychotherapiedosis – operationalisiert als Aufenthaltsdauer – erfordert. Laut Schmitz-Buhl et al. (1999) führt eine vierwöchige Rehabilitation bei Berücksichtigung von Therapiemotivation und Beschwerdestärke zu einem geringeren Therapieerfolg als eine längere stationäre Behandlung.

Aus fachlicher Sicht wird seitens der BfA für die Mehrzahl der Psychosomatik-Rehabilitanden am Sechs-Wochen-Bewilligungsbescheid mit individueller Verlängerungsmöglichkeit innerhalb eines Zeitbudgets festgehalten. Mit zunehmender Flexibilisierung hat sich der Anteil von Vier-Wochen-Bescheiden inzwischen aber deutlich erhöht. Die differentielle Zuweisung sollte individuelles Krankheitsverständnis, psychotherapeutische Vorerfahrung und somatische Komorbidität berücksichtigen.

Methodik

Die sozialmedizinisch relevanten Kategorien des Entlassungsberichtes (N = 15.843, Stand 10/99) werden in Abhängigkeit von bewilligter und tatsächlicher Reha-Dauer analysiert. Darüber hinaus wird auf die Psychosomatik-spezifischen Daten der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, BfA, 1997) zurückgegriffen. Für die subjektive Bewertung des Reha-Erfolges werden Einzelitems der QS-Patientenbefragung (N = 2937, Stand 11/99) unter Berücksichtigung der Reha-Dauer ausgewertet.

Ergebnisse

Bei vergleichbarem Erstdiagnose-Spektrum weisen Patienten mit 6-Wochen-Bescheid mit einem Anteil von 40 % eine höhere psychische Komorbidität auf als Patienten mit 4-Wochen-Bescheid (29 %), bei denen somatische Zweitdiagnosen mit 47 % dominieren. Zudem sind Patienten mit 4-Wochen-Bescheid im Mittel älter (48,4 Jahre) als Patienten mit 6-Wochen-Bescheid (44,2 Jahre). Letztere zeichnen sich durch einen höheren Anteil von Arbeitslosen und langfristig Arbeitsunfähigen aus.

Mit durchschnittlich 5,4 bzw. 5,5 psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Leistungen pro Woche unterscheiden sich beide Gruppen kaum voneinander; dagegen erhal-

ten 4-Wochen-Patienten mehr Krankengymnastik (2,2 Leistungen pro Woche), mehr Thermo-, Hydro- und Balneotherapie (2,7 Leistungen) sowie mehr Sport- und Bewegungstherapie (4,5 Leistungen) als 6-Wochen-Patienten (1,7 bzw. 2,2 und 3,7 Leistungen pro Woche). Für Patienten mit 4-Wochen-Bescheid wird zudem bei Entlassung in geringerem Umfang eine Behandlungsempfehlung für ambulante Psychotherapie ausgesprochen (62 % statt 74 %).

Hinsichtlich der tatsächlichen Reha-Dauer benötigen Patienten mit 4-Wochen-Bescheid eine Verlängerung auf durchschnittlich 35,1 Tage, während 6-Wochen-Patienten im Mittel 45,3 Tage innerhalb des Settings einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachabteilung behandelt werden.

Bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung sind keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit von der tatsächlichen Rehabilitationsdauer zu ermitteln; etwa 80 % der Patienten werden als vollschichtig leistungsfähig für den zuletzt ausgeübten Beruf eingeschätzt.

Dagegen können auf subjektiver Ebene differenzierte Bewertungen des Reha-Erfolges in Abhängigkeit von der tatsächlichen Reha-Dauer erhoben werden. Erwartungsgemäß wird der psychotherapeutische Prozess bei längerem stationären Aufenthalt positiver eingeschätzt. Auch die Besserung von Gesundheitszustand, Nervosität und Niedergeschlagenheit, Schmerz und Kontaktfähigkeit nimmt laut Patientenbefragung mit der Dauer der Rehabilitation signifikant zu. Das gleiche gilt für seelische Probleme sowie gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen in Beruf und Freizeit.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass es sich bei Patienten mit Vier- bzw. Sechs-Wochen-Bescheid um partiell voneinander abweichende Fallgruppen handelt, deren unterschiedlicher Rehabilitationsbedarf u.a. im therapeutischen Leistungsspektrum, in der tatsächlichen Reha-Dauer und in den ambulanten Psychotherapie-Empfehlungen zum Ausdruck kommt. Mögliche Konsequenzen für Zuweisung, unterschiedliche Reha-Konzepte und weitere Behandlung werden diskutiert.

Das Ergebnis, dass eine Verlängerung der durchschnittlichen Behandlungsdauer zwar zu einer zusätzlichen subjektiven Besserung, nicht aber zu einer Erhöhung des Anteils vollschichtig leistungsfähiger Patienten führt, wird kritisch erörtert. Die Diskussion gewinnt vor dem Hintergrund der Reha-Ziel-Bestimmung an Aktualität.

Um die langfristigen Effekte stationärer Psychotherapie in Abhängigkeit von der Therapiedosis bzw. Reha-Dauer abschätzen zu können, erscheint eine Analyse von Verlaufsdaten zukünftig unverzichtbar.

Literatur

Nosper, M. (1999): Psychosomatische Rehabilitation: Untersuchungen zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Berlin: Logos Verlag.

Schmitz-Buhl, S.M., Kriebel, R., Paar, G. (1999): Zeitsensitive Therapie: Zusammenhänge zwischen Therapiedauer, Therapiemotivation, Beschwerdestärke und Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation; in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 45, 21-27.

Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation - der fremdmotivierte „geschickte Patient“: Erfassung, Klinikmanagement, Behandlungsergebnisse

Schmitz-Buhl, S.M., Bückers, R., Kriebel, R., Paar, G.H.

Gelderland-Klinik, Geldern

Hintergrund

In der Rehabilitation kommt der direkten Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert zu. Eines der Ziele der Psychosomatischen Rehabilitation ist, die Verantwortlichkeit der Patienten für ihre Gesundheit zu stärken und sie in die Lage zu versetzen, den Gesundheitsprozess aktiv zu beeinflussen und sich weniger gesundheitsschädigend zu verhalten. Dementsprechend erwarten die Leistungsträger der Rehabilitationsmaßnahme (Renten- und Krankenversicherungen) vom Patienten eine aktive Mitarbeit (Mitwirkungspflicht). Ein Teil der Patienten unterzieht sich allerdings nicht freiwillig einer Rehabilitation. Wir differenzieren deshalb zwischen vier Typen von „geschickten Patienten“: Rentenantragsteller; Antragsteller auf berufliche Umschulung, Versicherte, deren Erwerbstätigkeit gefährdet ist; Versicherte, deren Aussteuerung aus der Krankenkasse droht. Diese Patienten kommen mit einer passiven Erwartungshaltung in die Klinik. Therapie wird von ihnen als duldungspflichtige Hürde vor einer Umschulungs- oder Rentengewährung gesehen. Dies hat vielfältige Auswirkungen auf Krankheitsverständnis, Therapiemotivation und Mitwirkung an der Reha-Maßnahme, woraus sich für die Abstimmung des Behandlungsplans die Notwendigkeit einer frühzeitigen Identifikation der „geschickten Patienten“ ergibt.

In der Gelderland-Klinik wird seit 1997 von allen Patienten ein Vorbefund vor Aufnahme erhoben zur Identifizierung und Differenzierung von fremdmotivierten und eigenmotivierten Patienten. Die prästationäre Diagnostik besteht aus einer Kurzform des Fragebogens zur Therapiemotivation (FMPK, Schmitz-Buhl et al., 1997), welche auch Informationen über (latenten) Rentenwunsch und chronifizierte Krankheitseinstellung liefert. Außerdem wird der Fragebogen zur sozialen Absicherung mit dem Ziel einer Klassifikation von „geschickten Patienten“ ausgefüllt.

Diese vier Gruppen bringen naturgemäß eine höchst unterschiedliche Therapiemotivation mit. Die hier vorgestellte Studie berichtet erste Ergebnisse im Hinblick auf Therapiemotivation, Therapieverlauf und Behandlungsergebnis von fremdmotivierten „geschickten Patienten“ und vergleicht diese mit den im gleichen Zeitraum behandelten eigenmotivierten Patienten.

Methodik

Die Stichprobe umfasst N=2032 Patienten, die in den Jahren 1997 bis 1999 in der Gelderland-Klinik behandelt wurden. Diesen Patienten liegen die Befunde vor, die vor der Aufnahme, in der Aufnahmewoche und unmittelbar vor der Entlassung erhoben wurden. Unter anderem waren es der Fragebogen zur Therapiemotivation (FMPK, Vorbefund / Aufnahmebefund; Kurzfassung Schmitz-Buhl et al., 1997) und der Giessener Beschwerdebogen (GBB, Aufnahme- / Entlassungsbefund; Brähler, 1983). Von 495 Patienten liegen zusätzlich die Ergebnisse der Gelderland-Basisdokumentation vor (Ge-BADO, Paar et al.,1999).

Ergebnisse

Die vier Typen „geschickter Patienten“ verteilten sich wie folgt: 7,4 % Rentenantragsteller, 3,6 % Antrag auf berufliche Umschulung, 16,6 % Gefährdung der Erwerbstätigkeit, 0,9 % aus der Krankenkasse ausgesteuerte.

Die Gruppe der geschickten Patienten wird mit der „Kontrollgruppe“ hinsichtlich verschiedener Eingangs-, Prozess- und Ergebnismerkmale verglichen. Im Vergleich zu den übrigen Patienten (6,1 %) zeigen „geschickte Patienten“ unter anderem vermehrt eine niedrige Therapiemotivation (Rentenantragsteller 20,9 %, Erwerbstätigkeit gefährdet: 11,6 % und Aussteuerung aus der Krankenkasse 23,5 %). Patienten, welche einen Antrag auf Umschulung gestellt haben, unterscheiden sich nicht von den restlichen Patienten. Die Behandlungsdauer von „geschickten Patienten“ ist kürzer, diese Patienten zeigen insgesamt ein schlechteres Behandlungsergebnis.

Mit einer Retest-Reliabilität von .67 erweist sich die neuentwickelte Kurzfassung des Fragebogens zur Messung der Therapiemotivation als hinreichend reliabel. Die entwickelte Kurzform wird testtheoretisch diskutiert.

Diskussion und Ausblick

Es erweist sich für den Behandlungsprozess als wichtig, „geschickte Patienten“ frühzeitig zu identifizieren. Ein spezifisches Behandlungsprogramm wurde entwickelt, welches auf die besondere Problemlage unter besonderer Berücksichtigung der fehlenden Eigenmotivation der „geschickten Patienten“ eingeht.

Literatur

Brähler, E., Scheer, J. (1983): Der Giessener Beschwerdebogen. Bern: Huber.

Kruse, Ch., Bückers, R., Schmitz-Buhl, S.M., Kriebel, R., Paar, G.H. (1997): Der „geschickte Patient“ in der psychosomatischen Rehabilitation. Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung. Poster, 5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM). Heidelberg, Oktober.

Paar, G.H., Kriebel, R. (1999): Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. In R. Kriebel & G. H. Paar (Hrsg.). Psychosomatische Rehabilitation: Möglichkeit und Wirklichkeit. Zehn-Jahresbericht der Gelderland-Klinik. Geldern: Verlag J. Keuck.

Schmitz-Buhl, S.M., Kriebel, R. (1997): Entwicklung einer Kurzform des FMP. Unveröffentliches Manuskript. Geldern: Gelderland-Klinik.

Schneider, W., Bassler, H.D., Beisenherz, B. (1989): Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (FMP). Weinheim: Beltz-Verlag.

Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden

Lotz-Rambaldi, W., Lang, K., Koch, U., Schulz, H.

Abteilung Medizinische Psychologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

Forschung zu Behandlungsabbrüchen fokussiert bisher v.a. das ambulante Therapiesetting. Für stationäre psychosomatische Reha-Maßnahmen fehlen verlässliche Daten zu Vorkommen, Anlässen und Folgen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen, Theorien zum Verständnis der zugrundeliegenden Prozesse sowie darauf aufbauend gesicherte Erkenntnisse zu möglichen Prädiktoren des Behandlungsabbruchs. Deren Kenntnis könnte zur Entwicklung geeigneter Screening-Verfahren zur Identifikation von Patienten, die mit größerer Wahrscheinlichkeit die Behandlung abbrechen, beitragen und Anhaltspunkte für Art und Umfang spezifischer Interventionen liefern (Schulz et al., 1999).

Hauptziel der vorliegenden Studie ist die Analyse möglicher Prädiktoren, der Behandlungsbewertung durch die Patienten und des Outcomes bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung.

Methodik

Befragt wurden 584 Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung (LVA Westfalen), die zwischen Januar 1998 und Juli 1999 eine stationäre psychosomatische Reha-Maßnahme vorzeitig (n = 267) bzw. regulär (n = 317) beendeten. Während sämtliche in diesem Zeitraum vorzeitig entlassene Patienten einbezogen wurden, stellt die Vergleichsgruppe regulär Entlassener eine nach Geschlecht und Diagnosen parallelisierte Zufallsstichprobe aus der Gesamtheit der regulär entlassenen Patienten dar.

Eingesetzt wurde ein speziell konstruierter Fragebogen, der verschiedene Bereiche der Klinikbehandlung (z.T. Items aus der Patientenbefragung des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung) und deren Beendigung retrospektiv erfasst und durch den Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (Bullinger et al., 1998) ergänzt wurde.

Von 306 Patienten liegt ein auswertbarer Fragebogen vor (Rücklauf insgesamt 53,2 %, regulär Entlassene: 59,2 %, vorzeitig Entlassene: 46,0 %).

Ergebnisse

Die Stichprobe der vorzeitig Entlassenen ist jünger als die der regulären Beender, äußert eine geringere Initialbereitschaft zur stationären psychosomatischen Reha und unterscheidet sich nicht in der eingeschätzten Beschwerdestärke zu Behandlungsbeginn.

Vorzeitig Entlassene sind insgesamt unzufriedener mit wesentlichen Aspekten der Behandlung, Klinik und Unterbringung, hätten sich mehr Vorab-Informationen über die Klinik gewünscht, erleben die Reha-Ziele als mit der Klinik weniger abgestimmt und sind durch das Verlassen der Klinik eher erleichtert.

Sie geben ein geringeres Ausmaß an Behandlungszielerreichung an und haben ein erhöhtes Frühberentungsrisiko nach der Reha. Sie unterscheiden sich katamnestisch nicht im Gesundheitszustand.

Diskussion

Das jüngere Alter der vorzeitig Entlassenen entspricht vorliegenden Befunden (Schulz et al., 1999). Auch deren initial geringer ausgeprägte Bereitschaft zu psychosomatischer Reha entspricht den Erwartungen. Ihre negativere Bewertung der Maßnahme weist auf den möglichen Abbruchgrund „Unzufriedenheit mit der Behandlung" hin, kann teilweise aber auch Resultat eines eventuell negativ erlebten Behandlungsende sein. Dass vorzeitig Entlassene nach ihrer Reha häufiger einen Rentenantrag stellen, weist darauf hin, dass bei einem Teil von ihnen schon während der Reha ein Berentungswunsch bestand, der als (Mit-)Ursache für geringere Therapiemotivation und vorzeitige Behandlungsbeendigung betrachtet werden kann. Zugleich kann der Rentenwunsch auch Folge einer frustrierenden Erfahrung mit dem Gesundheitswesen sein („mir kann keiner helfen“).

Ausblick

Der retrospektive Untersuchungsansatz kann Prädiktoren des Therapieabbruchs nur begrenzt identifizieren, zudem unterliegen retrospektive Einschätzungen möglichen kognitiven Verzerrungen und besitzen somit eingeschränkte Reliabilität. Für eine aussagekräftigere Interpretation des Befindens nach der Reha sollte dieses auch vor Behandlungsbeginn erhoben werden. Anzustreben ist ein prospektives Studiendesign, das von den Autoren derzeit vorbereitet wird (Lang et al., 1999).

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Hogrefe.

Lang, K., Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. (1999): Behandlungsabbruch als nicht gelungene Inanspruchnahme - Entwicklung eines Vorhersagemodells für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation.38, Suppl. 2, im Druck.

Schulz, H., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Bürger, W., Koch, U. (1999): Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie. 49, 326-336.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten therapeutischer Variablen bei psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppentherapie aus Sicht der Patienten

Watzke, B. (1), Schulz, H. (1), Koch, U. (1), Rudolph, M. (2), Rüddel, H. (2)

(1) Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhaus, Hamburg-Eppendorf, (2) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Hintergrund und Fragestellung

Konzepte der Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation – insbesondere zum Aspekt der Prozessqualität – einerseits sowie Entwicklungen der neueren Psychotherapieforschung, insbesondere zu „adherence“ und „competence“ (z.B. Waltz et al., 1993) andererseits, betonen die Bedeutung einer Dokumentation und Überprüfung des Implementierungsgrades vorgehaltener psychotherapeutischer Behandlungsverfahren.

In der als Modelleinrichtung konzipierten psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift werden nach initialer differentieller Diagnostik Patienten entweder einer Station der psychoanalytisch oder der verhaltenstherapeutisch orientierten Abteilung zugewiesen. Hierbei stellt sich im besonderen Maße die Frage nach dem Implementierungsgrad der beiden vorgehaltenen Therapieverfahren: Im Rahmen der externen Evaluation ist deshalb eine Studie zur Überprüfung der Unterschiedlichkeit der dort implementierten Verfahren, die im Wesentlichen als Gruppentherapien durchgeführt werden, bezüglich zentraler therapeutischer Variablen und Interaktionsmerkmale initiiert worden, d.h. es wird die Frage nach der sogenannten „treatment differentiation” (Moncher et al., 1991) untersucht.

Zur Erhebung von Psychotherapieprozessvariablen wurde ein mehrperspektivischer (Orlinsky et al., 1975) Ansatz gewählt, der eine Therapeuten-, Patienten- und Beobachterperspektive (nicht-teilnehmend, videogestützt) einschließt. Vorgestellt werden sollen im Folgenden erste Teilergebnisse dieser Studie, welche sich ausschließlich auf die Patientenperspektive beziehen. Es soll dabei die Fragestellung untersucht werden, ob und ggf. inwiefern sich die beiden in der Klinik implementierten psychotherapeutischen Verfahren bezüglich zentraler therapeutischer Prozessvariablen unterscheiden.

Methode

Insgesamt 99 Patienten dreier Stationen (zwei verhaltenstherapeutisch und eine psychoanalytisch arbeitende Station) wurden über einen Zeitraum von 2 ½ Wochen nach jeder gruppentherapeutischen Sitzung gebeten, folgende Dimensionen auf einer fünfstufigen Likert-Skala einzuschätzen: Behaviorale Interventionen, Gefühlsansprache, Beziehungsgestaltung (Distanz, Wertung, Einfühlung des Therapeuten), Direktivität, Kognitive Interventionen, Exploration, Konfrontation, Strukturiertheit, Ermutigung zur Unabhängigkeit, Beziehungen (zu anderen, zu Mitpatienten, zum Therapeuten), Vergangenheit. Es resultierten insgesamt 390 Einschätzungen, von denen sich 56 auf eine psychoanalytisch und 234 auf eine verhaltenstherapeutisch orientierten Sitzung bezogen.

Ergebnisse

Die Auswertung der Patientenfragebogen erfolgte anhand von Mittelwertsvergleichen (t-Tests für unabhängige Stichproben) zwischen den Patienteneinschätzungen der beiden verschiedenen Therapieverfahren. Signifikante Unterschiede ($p < .05$, Bonferoni-Korrektur) von annähernd mittlerer bis großer Effektstärke ergaben sich bezüglich 11 der 15 einzuschätzenden Variablen. Bezüglich der Dimensionen „Konfrontation", „Gefühlsansprache", „Vergangenheit" und „Beziehung zu anderen" ließen sich keine Unterschiede feststellen.

Diskussion

In einem Großteil der untersuchten therapeutischen Prozessvariablen zeigen sich bei dem gewählten methodischen Ansatz Unterschiede zwischen den beiden implementierten Verfahren. Entgegen der Erwartungen lassen sich jedoch in vier Dimensionen keine unterschiedlichen Einschätzungen nachweisen. Dies kann zum einen darin begründet liegen, dass die beiden Verfahren, so wie sie in der Klinik durchgeführt werden, sich in diesen Variablen tatsächlich nicht unterscheiden. Eine andere mögliche Erklärung wäre, dass Unterschiede eventuell bestehen, diese aber von den Patienten nicht wahrgenommen werden. In diesem Zusammenhang steht ein Auswertung der beiden anderen Beurteilerperspektiven (Therapeuten, nicht-teilnehmende Beobachter), die innerhalb der Studie ebenfalls erhoben wurden, noch aus. Generell konnte jedoch gezeigt werden, dass die Erfassung der Patientenperspektive einen sinnvollen Zugang darstellt kann, eine Überprüfung der „treatment differentiation" durchzuführen. Dieses Vorgehen sollte dabei zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Methodenentwicklung gleichwohl weitere Datenquellen einbeziehen.

Literatur

Moncher, F.J., Prinz, R.J. (1991): Treatment fidelity in outcome studies. Clinical Psychological Review, 11, 247-266.

Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1975): Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analyses of patients` and therapists´ reports. New York: Teachers College Press.

Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., Jacobsen, N.S. (1993): Testing the integrity of a psychotherapeutic protocol: Assessment of adherence and competence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 620-630.

Zur Bedeutung internaler und externaler Ressourcen für die erwartete und tatsächlich Verwirklichung von individuellen Zielen nach stationärer Verhaltenstherapie

Husen, E., Bischoff, C.

Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim

Aus handlungstheoretischer Perspektive ist die Setzung von in überschaubaren Zeitabschnitten realisierbaren Zielen und die daran orientierte Planung von konkreten Handlungsschritten zur Zielerreichung von hoher Relevanz für den Erfolg therapeutischer Interventionen (Grawe, 1998). Als wesentliche Indikatoren für die erfolgreiche Zielerreichung sehen wir internale Ressourcen, im wesentlichen Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstmanagementfertigkeiten (Kanfer et al., 1996) sowie externale Ressourcen an, die sich aus dem individuellen sozialen Kontext ergeben. Diesen Ressourcen stehen Anforderungen bzw. Hindernisse entgegen, z.B. eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung. Dieses wechselseitige Verhältnis fasst Becker (1992) in seinem integrativen Anforderungs-Ressourcenmodell zusammen.

Vor diesem Hintergrund entwickelte Husen (i.V.) im Rahmen des Modellprojekts “Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen” der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim[11] das Verfahren zur Erfassung und Reflexion individueller therapierelevanter Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung (ERZ). Ausgangspunkt der poststationären Maßnahmen ist, dass Patienten, die sich einer stationären Verhaltenstherapie unterziehen, bei ihrer Entlassung häufig vor dem Problem stehen, das in der Klinik Erlernte zu Hause angemessen und wirkungsvoll umzusetzen. Das Modellprojekt versucht diese Schwierigkeiten durch gezielte Interventionen zu beheben (Bischoff, et al., 1998; siehe auch der Beitrag von Bischoff, Husen und Ehrhardt). Im Rahmen der Modellprojektevaluation operationalisiert ERZ die Setzung nachstationärer Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung, externale Ressourcen sowie den Erreichungsgrad der Ziele. Darüber hinaus kann das Verfahren immer dann eingesetzt werden, wenn im Rahmen der Psychotherapie Ziele vereinbart werden und ihr Erreichungsgrad überprüft werden soll.

Das Verfahren besteht aus zwei Fragebögen, die zu zwei Messzeitpunkten von den Patienten bearbeitet werden. Der erste Fragebogen (ERZ 1) wird am Ende des stationären Aufenthaltes vorgelegt und thematisiert individuelle Ziele, welche sich die Patienten für die drei Monate nach der Entlassung setzen. Er spricht zudem Bereiche sozialer Unterstützung und Hindernisse an, die sie bei der Zielverwirklichung erwarten, und die Maßnahmen, die sie zur

[11] Die Studie ist Teilprojekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Südwestdeutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderkennzeichen: 01GD9803.

Zielerreichung ergreifen wollen. Der zweite Fragebogen (ERZ 2) wird den Patienten 3 Monate nach Ende der Therapie zugeschickt. Er bezieht sich direkt auf das von den Patienten in ERZ 1 genannte wichtigste Ziel. In quantitativen Fragen sollen sie Angaben zum Grad der Verwirklichung des Zieles und zu den zu Hause erfahrenen Anforderungen und Ressourcen bei der Umsetzung des Zieles machen. Im Anschluss wird erfragt, welche Maßnahmen sie tatsächlich ergriffen haben. War das ursprünglich wichtigste Ziel für die letzten drei Monate nicht handlungsleitend, wird das nunmehr für diesen Zeitraum wichtigste Ziel ermittelt, und die Patienten werden wiederum nach Verwirklichung, Anforderungen und Ressourcen sowie ergriffenen Maßnahmen gefragt.

Eine erste Validierung des Verfahrens wurde im Jahre 1997 an einer Stichprobe von 145 Patienten der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim durchgeführt. Nach inhaltsanalytischer Untersuchung konnten Ziele reliabel 4 Kategorien zugewiesen werden. Die quantitativen Items ordnen sich nach Faktorenanalyse und dem Kriterium inhaltlicher Interpretierbarkeit reliabel 4 Skalen zu, jeweils private sowie berufliche Unterstützung und Hindernisse (.81<Cronbach´s Alpha<.94).

Die gesetzten Ziele erscheinen den Patienten der Studie im Mittel zu 68 % erreichbar, die tatsächliche Zielverwirklichungshöhe liegt im Mittel bei 46 %. 20 % der Patienten geben an, ihr Ziel fast vollständig erreicht zu haben, 36 % gar nicht. Die Prozenthöhe der Zielverwirklichungserwartung korreliert signifikant mit erwarteter Unterstützung (.30<r<.36) und geringen erwarteten Hindernissen (-.32<r<-.35), die Zielverwirklichung nur mit erfahrener privater Unterstützung (r=.38). Die höchsten Zielerwartungs- bzw. Zielverwirklichungsgrade in Prozent ergibt die Kombination aus hoher Unterstützung und geringen Hindernissen.

Unabhängig von den konkreten Zielsetzungen im Rahmen des ERZ werden internale Ressourcen über die Selbstwirksamkeitsskala (SWS) von Klauer und Filipp (1989) sowie einem neuen Verfahren zu psychosozialen Fähigkeiten (Husen, i.V.) erfasst. Dieses besteht aus den Skalen „Basisfertigkeiten“ (Fähigkeiten, eigene Probleme und Belastungen zu erkennen, sie zu lösen und sich entsprechend den eigenen Bedürfnissen zu verhalten; α=.89) und „Anforderungsbewältigung“ (hinsichtlich alltäglicher Anforderungen im privaten und beruflichen Bereich; α=.76).

Erwartete und tatsächliche Zielverwirklichungen korrelieren signifikant mit den genannten Skalen (.34<r<.45). Patienten, die ihre Ziele über 50 % verwirklicht haben, verfügen über signifikant höhere internale Ressourcen sowie über eine höhere private Unterstützung als Patienten, die ihre Ziele unter 50 % verwirklichten.

Insgesamt interpretieren wir die hier nur exemplarisch dargestellten Ergebnisse als Hinweise für die hohe Relevanz internaler und externaler Ressourcen zur Setzung und Verwirklichung von Zielen. Entsprechend geht die Stärkung solcher Ressourcen explizit in das poststationäre Programm der Psychosomatischen Fachklinik ein.

Literatur

Becker, P. (1992): Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 64-75.

Bischoff, C., Ehrhardt, M., Limbacher, K., Husen, E., Jäger, R.S. (1998): Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen - ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psycho-

somatischen Versorgung. Zwischenbericht 1998. Aktuelle Verhaltenstherapie. Forschungsberichte, Heft 1.
Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996): Selbstmanagement- Therapie. Berlin: Springer.
Klauer, T., Filipp, S.H. (1989): Selbstwirksamkeitsskala (SWS). Konstruktionsgrundlagen und Untersuchungen zu Reliabilität und Validität. Trier: Forschungsbericht aus dem Projekt „Psychologie und Krankheitsbewältigung“.

Verläufe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation von depressiven Patienten

Mestel, R. (1), Erdmann, A. (2), Schmidt, M. (2), Klingelhöfer, J. (1), Stauss, K. (1), Hautzinger, M. (2)

(1) Psychosomatische Klinik, Bad Grönenbach, (2) Psychologisches Institut der Universität, Tübingen

Depressive Störungen stellen das häufigste Störungsbild in der stationären psychosomatischen Rehabilitation dar und sollten intensiv auf die langfristigen Behandlungserfolge hin untersucht werden, da einschlägige experimentelle Studien darauf hinweisen, dass die Rückfallquoten gerade bei kurzer Behandlung sehr hoch ausfallen (Hautzinger et al., 1996).

Im Rahmen einer naturalistischen Studie wurden 767 depressive Patienten der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach ein bis vier Jahre nach psychosomatischer Rehabilitation erneut nach ihrem Zustand befragt. Die Einschlusskriterien waren eine einfache oder rezidivierende depressive Episode nach dem ICD-10 oder eine Dysthymia, zweitens ein BDI-Summenscore (Beck Depressions-Inventar) von größer 10 (leichte Depression) und drittens eine reguläre Therapiebeendigung mit vollständigen prä-post Datensätzen.

Gemessen wurde der Therapieerfolg zu drei Messzeitpunkten (prä-post-Katamnese) mit folgenden Instrumenten: SCL-90-R, Inventar Interpersoneller Probleme, BDI, Gießen-Test, Strukturale Analyse sozialen Verhaltens (SASB), Bindungsfragebogen und frei formulierte depressionsspezifische Items. Zusätzlich wurde katamnestisch noch der Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (FDD-A), der ZUF-8 Zufriedenheitsfragebogen und ein sehr ausführlicher selbstkonstruierter Depressions-Nachbefragungsbogen eingesetzt.

Die Ergebnisauswertung von über 500 Respondern (65 %) erbrachte im prä-Katamnesevergleich große Effektstärken von 1.26 (BDI), 1.1 (Depressionsskala SCL-90-R) und bei der Verbesserung der Selbstakzeptanz, der Selbstliebe und der Verminderung der Selbstabwertung ebenfalls große Effekte (verschiedene Maße des Umgangs mit sich selbst: SASB-Introjekt). Die retrospektiv eingestufte Behandlungszufriedenheit im ZUF-8 war mit durchschnittlich 26 Punkten hoch, ebenso der VEV-Summenscore mit etwa 205 Punkten, der eine Zunahme an Entspannung, Optimismus und Gelassenheit andeutet. Etwa ein Fünftel der Patienten wiesen katamnestisch weiterhin eine Depression auf, was mit dem sehr validen Fragebogen FDD-A gemessen wurde, der eine hohe Übereinstimmung mit diagnostischen Fremdbeurteilungen aufweist. Immerhin 23,6 % schätzten sich zum Katam-

nesezeitpunkt auf einem Bindungsfragebogen als „sicher gebunden“ ein. Etwa ein Drittel attribuierte die katamnestisch eingetretene Besserung in der Depressivität auf sich selbst (eigener Antrieb), ein weiteres Drittel auf die stationäre Rehamaßnahme und eher wenige Personen auf eine medikamentöse oder ambulante Nachbehandlung im Katamnesezeitraum. Eine detaillierte retrospektive Verlaufseinschätzung der Depressivität erbrachte vier Verlaufscluster, von denen zwei einen leichten Anstieg der Depressivität mit allerdings unterschiedlichem Niveau offenbarten und zwei einen Anstieg in den ersten sechs Monaten nach der Rehabilitation und danach einen Abfall auf das ursprünglich gute, weniger depressive Niveau am Ende der Rehabilitation.

Wichtige Moderatorvariablen wie Dauer der Katamneseintervalle, Ausgangsschwere der Depressivität und diagnostische Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von Depressionen wurden auf Ihren Einfluss auf das Therapieergebnis geprüft.

Die Ergebnisse weisen auf eine deutliche Stabilität beim Therapieerfolg von depressiven Patienten mit durchschnittlicher Behandlungsdauer (ca. 70 Tage) hin. Ob diese Ergebnisse auch bei wesentlich kürzeren Behandlungszeiten erreicht worden wären, ist zumindest fraglich (Mestel et al., in Vorb.)

Literatur

Hautzinger, M., De Jong-Meyer, R. (1996):Themenheft Depression. Zeitschrift für klinische Psychologie, 25 (2), 79-160.

Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhöfer, J., Stauss, K. (2000): Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In Bassler, M. (Hrsg.): Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Gießen: Psychosozial Verlag.

Wirksamkeit der Rehabilitation bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nickel, M.

Inntalklinik, Simbach am Inn

Im Mittelpunkt dieser Untersuchung standen die psychosomatischen Symptome, die bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beobachten sind, sowie deren Rolle in der Dynamik dieser Erkrankung und die Umsetzbarkeit dieser Forschungsergebnisse in der rehabilitativen Praxis, was bis jetzt in der Literatur selten zu finden ist.

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine Probandengruppe aus Patienten mit diagnostizierter Borderline-Störung (ohne Major-Depression), die zwischen 1995 und 1998 aus der Inntalklinik entlassen wurden, und zwei Vergleichsgruppen gebildet. Die erste Vergleichsgruppe bildeten Patienten mit einer Rezidivierenden depressiven Störung (RDS-Gruppe), die zweite wurde aus Angestellten und Arbeitern einer großen Firma rekrutiert (PF-Gruppe). Jede der drei Gruppen bestand aus 149 Personen.

Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Patientengut der Inntalklinik beträgt 4,7 %. 80 % dieser Patientengruppe bildeten Frauen, der Unterschied zu den Kontrollgrup-

pen war signifikant (p=0,0001). Das Durchschnittsalter betrug 37,3 Jahre. Diese Ergebnisse sind mit der Literatur vergleichbar (Eckert et al. 1997, Gunderson 1996).

Die Borderline-Patienten nahmen vor der stationären Behandlung signifikant häufiger als die RDS-Gruppe (p=0,0022) und signifikant häufiger als die PF-Gruppe (p=0,0001) eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Bei deren durchschnittlicher Dauer von 20,4 Monaten lagen die Borderline-Patienten in der Zeit vor stationärer Aufnahme vor den beiden Vergleichsgruppen. Im Gegenteil ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (p=0,4441) zwischen den Borderline-Patienten und den Patienten der RDS-Gruppe, die sich nach dem stationären Aufenthalt einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie unterzogen haben.

Die Borderline-Patienten haben vor Beginn der Psychotherapie ihre körperlichen Beschwerden als im Vordergrund stehend identifiziert. Der Unterschied zu der PF-Gruppe war bei p=0,001 signifikant. Die Borderline-Patienten geben, im Bezug auf die Bedeutung ihrer körperlichen Beschwerden in der Gesamterkrankung, auf einer Skala von 1 bis 5 durchschnittlich 2,68 Punkte.

Vor Aufnahme waren die Borderline-Patienten bei den längsten AU-Zeiten signifikant stärker (p=0,0001) als die PF-Gruppe präsent. Nach der stationären Behandlung kam es zu einer Absenkung der Zahl der arbeitsunfähig geschriebenen Probanden. Bei den Borderline-Patienten sank der Anteil der Patienten, die länger als 6 Monate wegen ihrer körperlichen Beschwerden arbeitsunfähig waren um 10,48 %, in der AU von 3 bis 6 Monaten um 8,89 % und der AU von 1 bis 3 Monaten um 14,65 % (p=0,570, keine Signifikanz mehr). Vergleich: Im gesamten Bundesgebiet war 1997 die Rate von Langzeitarbeitsunfähigen 5,5 % (AOK Bayern 1998), im hier vorgestellten Patientengut vor Aufnahme 10,00 %, nach Entlassung 2,2 %.

Nach Entlassung ist die Medikamenteneinnahme gesunken. Bei den Borderline-Patienten war die Herabsetzung der Medikation (p=0,0088) signifikant.

Insgesamt 78,5 % Borderline-Patienten haben die Erfahrung machen können, dass die stationäre Behandlung ihre körperlichen Beschwerden lindert oder sogar zum Verschwinden bringt. Diese Ergebnisse sind deutlich besser als die aus bisher bekannten Studien (Rudolf 1995).

Es konnte eine Beobachtung gemacht werden, dass die äußerst intensiv erlebte, wechselhafte körperliche Symptomatik bei einem extrem hohen subjektiven Leidensdruck oft dort eingesetzt wird, wo andere bewusste bzw. bewusstseinsnahe aber inkompatible Inhalte ausgeblendet werden müssen, um im Rahmen der Unterstützung von Depersonalisationszuständen eine Art von Hilfs-Außenwelt herzustellen; sie können als Sprachsurrogat angesehen werden (Bass et al., 1996) sowie eine zentrale Rolle in der Organisation der (Deck-) Abwehr des Borderline-Patienten spielen.

Erhebliche Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Kosten der Pharmakotherapie und sehr positive subjektive Einschätzung der Therapieerfolge seitens des Patienten weisen auf inhaltliche, wirtschaftliche und gesundheitspolitische Vorteile der Rehabilitation von Borderline-Patienten in einer stationären, integrativ konzipierten psychosomatischen Einrichtung hin.

Das Kombinieren des tiefenpsychologisch fundierten Verfahrens mit der körperorientierten Psychotherapie ist als Arbeitskonzept erfolgversprechend. Den Patienten neue Erfahrungen in der Motilität gewinnen zu lassen, die dann ins Ich integriert werden können, ist jetzt schon ein Prinzip der Behandlung in manchen integrativ geführten Einrichtungen, was die Behandlungsergebnisse, die in dieser Studie ermittelt wurden, zum Teil erklären könnte.

Literatur

AOK Bayern (1998): Krankenstandentwicklung 1997, AOK Bayern, München, 46.

Bass, C., Murphy, M. (1996): Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways, J-Psychosom-Res.1996 May,Vol.39 (4), 403-27.

Eckert, J. et al. (1997): Borderline-Persönlichkeitsstörung und Straffälligkeit – Warum sind Borderline-Patienten meistens weiblich? Persönlichkeitsstörungen, 4, 181-8.

Gunderson, J.G. (1996): The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability, Am-J-Pschiatry. Jun; 153 (6), 752-8.

Rudolf, G. (1995): Psychotherapeutische Medizin, Enke, Stuttgart, Aufl.2.

Katamnesestudie nach stationärer Rehabilitationsbehandlung von psychogenen Essstörungen mit Adipositas per magna nach verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepten

Thiede, R. (1), Sobez, I. (1), Beutel, M. (2)

(1) Vogelsbergklinik, Grebenhain, (2) Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität, Gießen

Zur Behandlung von Essstörungen im Sinne einer Bulimie bzw. einer Anorexia nervosa liegen multiple Forschungsergebnisse vor. Zur psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen mit Adipositas per magna gibt es vergleichsweise wenige Untersuchungen. In den wenigen Studien zur psychosomatischen Rehabilitation berichten Schmidt et al., 1998 ebenso wie Köpfle et al., 1991 allerdings an kleineren Stichproben eine durchschnittliche Gewichtsabnahme während tiefenpsychologisch orientierter Behandlung von 4 - 5,7 kg, die im Mittel während eines Katamnesezeitraumes von 12 Monaten stabil blieben. Schulz et al., 1999 untersuchten die Behandlungseffekte verhaltenstherapeutischer bzw. tiefenpsychologischer Settings. Es konnten keine eindeutigen differentiellen Effekte dargestellt werden, allerdings unterschieden sich die Patientenkollektive im Bezug auf soziodemographische und Krankheitsmerkmale. Vor diesem Hintergrund hatte unsere Studie folgende Ziele, einerseits die Ermittlung von Gewichts- und Befindlichkeitsentwicklung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation, andererseits den Vergleich tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze.

Methode

Im Durchschnitt 1½ Jahre nach Abschluss der stationären Rehabilitation wurden von uns 324 PatientInnen mit Essstörung und Adipositas per magna (BMI >35) befragt. Die stationäre Behandlung hatte gleich häufig in einem multimodalen tiefenpsychologischen bzw. ver-

haltenstherapeutischen Setting in der Vogelsbergklinik stattgefunden. Von 50 % der Befragten erhielten wir den Fragebogen einschließlich SCL 90 R, FEV, FKB-20, zurück, von weiteren 22 % erhielten wir Angaben im Rahmen einer telefonischen Befragung, so dass wir insgesamt von 72 % der Patienten Daten erhielten.

Ergebnisse

Wir konnten eine Korrelation zwischen Befinden und Gewichtsverlauf darstellen, der Art, dass positives Befinden und Gewichtsabnahme miteinander verknüpft sind. Allerdings profitierten auch Patienten, die keine große Gewichtsabnahme verzeichneten, deutlich von dem stationären Aufenthalt. Bezüglich des Gewichtsverlaufs konnten wir vier Gruppen einteilen, die etwa gleich groß waren: „Deutliche Abnahme“ (>10 % des Ausgangsgewichtes), „mäßige Abnahme“ (5 - 10 %), „unverändertes Gewicht“ (0 - 5 % Gewichtsabnahme) und „Zunahme“.

Auch in unserer Studie fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede der erhobenen Outcome-Variablen bezogen auf ein verhaltenstherapeutisches bzw. tiefenpsychologisches Setting. Sowohl nach Gewichtsverlauf als auch nach Befindensskalen fanden wir gleiche Ergebnisse.

Die Gruppe mit der deutlichsten Gewichtsabnahme konnte bereits stationär die größte Gewichtsreduktion erzielen, für diesen Effekt spielten Behandlungsdauer und Behandlungssetting keine Rolle. Es fanden sich auch keine Hinweise auf den Einfluss medizinischer Faktoren wie Krankheitsdauer, Komorbidität oder familiäre Belastung. Auch war die günstige poststationäre Entwicklung nicht durch die verstrichene Zeit oder eine zwischenzeitliche ambulante Psychotherapie erklärbar. Diese Gruppe berichtete auch über die geringsten Blutdruck- oder Gelenkprobleme als Folge des Übergewichtes.

Als Prädiktoren für die Gewichtsreduktion und die Aufrechterhaltung des verminderten Gewichtes werden nach (Garner et al., 1991) körperliches Training und bei (Pudel et al., 1986) kontrolliertes Essverhalten benannt, dies fanden wir in unserer Studie bestätigt.

Diskussion

Im Rahmen der Einpunktmessung zur Katamnesezeitpunkt lassen sich Korrelationen zwischen Gewichtsabnahme und Befinden ableiten. Hier ist jedoch unklar inwieweit gesündere Patienten besser vom Behandlungssetting profitieren, oder ob eine höhere Gewichtsabnahme zum besseren Befinden führt. Hierzu erhoffen wir uns Aufschluss aus einer laufenden prospektiven Studie, ebenso hoffen wir mögliche Kriterien zur Differentialindikation tiefenpsychologischer Behandlung versus Verhaltenstherapie zu finden. Um den längerfristigen Gewichtsverlauf beobachten zu können ist ein Katamnesezeitraum von drei Jahren wünschenswert.

Schlussfolgerung

Die stationäre psychosomatische Rehabilitation sowohl verhaltenstherapeutische wie tiefenpsychologische stellt eine adäquate Behandlungsmethode für Patienten mit psychogenen Essstörungen mit Adipositas per magna dar, sie führt zur anhaltenden Verbesserung sowohl des Gewichtsverlaufes als auch des Befindens. Inwieweit sich Kriterien für eine Differentialindikation finden lassen und welchen Einfluss diese ggf. auf den Behandlungsver-

lauf haben werden wir in einer zur Zeit laufenden prospektiven und randomisierten Studie untersuchen.

Literatur

Garner, D.M., Wooley, S.C. (1991): Confronting the failure of behavioral and dietary treatment for obesity. Clin. Psychol. Rev. 11, 729-780.

Köpfle, M, Zielke, M (1991): Evaluation stationärer Adipositasbehandlung. Praxis klinischer Verhaltensmedizin 13, 40-53.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (1986): Fragebogen zum Essverhalten (FEV), Handanweisung. Hogrefe, Verlag für Psychologie: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Schmidt, J., Schmid-Ott, G., Lamprecht, F. (1998): Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation. Teil I: Prävalenzdaten und kurzfristige Therapieergebnisse. Psychotherapie 3, 40-45.

Schulz, H., Lotz-Rambaldi, U., Koch, W., Jürgensen, R., Rüddel, H. (1999): 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 49, 114-130.

Koinzidenz von Sucht und Persönlichkeitsstörung: Komorbidität, Merkmale der Patientengruppe und Evaluation der stationären Behandlung

Schuhler, P. (1), Jung, A. (1), Jahrreiss, R. (1), Wagner, A. (1), Schmitz, B. (2), Handke-Raubach, A. (2), Limbacher, K. (2), Husen, E. (2)

(1) Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Neunkirchen, (2) Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim

Problemstellung

US-Studien weisen auf die hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang mit Suchtproblemen hin (Khantzian et al., 1985; Regier et al., 1997). Im deutschsprachigen Raum gab es bisher noch keine gesicherten Ergebnisse zur Prävalenz oder gar Komorbidität der Persönlichkeitsstörung bei Suchterkrankungen. Ganz allgemein ist die differentielle Effektivität spezifischer therapeutischer Maßnahmen innerhalb der Suchttherapie nicht belegt (Petry, 1998). Dies gilt in besonderem Maß für die Koinzidenz von Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung.

Untersuchungsplan

Vor diesem Hintergrund ist ein laufendes Forschungsprojekt (Schmitz et al., 1998) angesiedelt, ein Gemeinschaftsprojekt[12] der Fachklinik Bad Dürkheim, in der Persönlichkeitsstörun-

[12] Die Studie ist Teilprojekt des rehabiliationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Südwestdeutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

gen psychosomatisch Kranker, und der Fachklinik Münchwies, in der Persönlichkeitsstörungen bei Abhängigkeitserkrankungen untersucht werden. Im Rahmen einer Interventionsstudie mit Kontrollgruppenplan und drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, Einjahreskatamnese) werden in der Fachklinik Münchwies Komorbidität, zentrale Merkmale der Patientengruppe und differentielle Behandlungseffekte bei Abhängigkeitserkrankungen in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen untersucht. Im Mittelpunkt steht die Überprüfung eines neuen Behandlungskonzepts, das in wesentlichen Teilen von Schmitz (1999) entwikkelt, auf die suchtspezifische Anwendung erweitert und in manualisierter Form ausgearbeitet wurde (Schmitz et al., 1999), im Vergleich mit herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen.

Messinstrumente und Rekrutierung der Stichprobe

Für die diagnostische Einordnung der Persönlichkeitsstörung wurde das ‚Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV-Achse II – Persönlichkeitsstörungen' (dt. Bearbeitung von Fydrich et al.,1997) eingesetzt. Die Beurteilerübereinstimmung hinsichtlich der Interview-Ergebnisse zwischen zwei unabhängig arbeitenden Beurteilern lag in 176 Fällen bei zufriedenstellenden 81,8 % (Platzübereinstimmung). Jeder neu aufgenommene Patient der Abhängigkeitsabteilung nimmt an dem diagnostischen Verfahren teil. Nach der Diagnosestellung ‚Persönlichkeitsstörung' erfolgt die randomisierte Zuordnung zur Experimental- bzw. Kontrollgruppe. Behandlungseffekte werden in folgenden Bereichen mit überprüften Fragebögen gemessen: Symptomatologie, subjektive Gesundheit/Lebensqualität, interpersonelle Probleme, soziale Kompetenz, Akzeptanz der Maßnahmen, langfristiger Therapieerfolg.

Ergebnisse

Häufigkeitsverteilung

Von 293 abhängigen Patienten der Abhängigkeitsabteilung wurde bei 118 Patienten (40,3 %=Untersuchungsgruppe) eine Persönlichkeitsstörung (PS) festgestellt, bei 175 Patienten (59,7 % = Vergleichsgruppe) ergaben sich keine auffälligen Ergebnisse hinsichtlich einer Persönlichkeitsstörung.

Ausgewählte Merkmale der Patientengruppe

- Alter: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen waren bei Behandlungsbeginn signifikant (t=-3,37, p=0,001) jünger (41,8±8,3) als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (45,2±8,3).
- Beginn der Abhängigkeit: Die Abhängigkeitserkrankung begann bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in signifikant (t=-2,79, p=0,005) jüngerem Alter (mit PS 31,9±9,2, ohne PS 35,4±11,0).
- Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme: Die Untersuchungsgruppe war in der Tendenz vor Klinikaufnahme häufiger arbeitsunfähig (mit PS 52,5 %, ohne PS 38,9 %).
- Rückfall während der Behandlung: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hatten im Behandlungsverlauf signifikant häufiger (χ^2=9,0, p=0,011) einen Rückfall (17,8 % vs. 6,9 %).

(BMBF) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderkennzeichen: 01GD9803

– Prognose: Der Anteil ungünstiger Prognosen (35,4 % vs. 24 %) lag in der Untersuchungsgruppe signifikant höher (χ^2=11,6, p=0,01).

Ergebnisse zur Komorbidität

Patienten mit Persönlichkeitsstörung wiesen im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörung zu Beginn der Behandlung signifikant höhere Mittelwerte hinsichtlich Depressivität (mit PS 14,66 vs. ohne PS 4,54, p>0,00) Angstreaktionsbereitschaft (12,89 vs. 3,96, p>0,00) sowie auf allen Skalen der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Somatisierung 56,81 vs. 51,79, p>0,00; Zwanghaftigkeit 60,68 vs. 51,14, p>0,00; Unsicherheit in Sozialkontakt 61,05 vs. 48,74, p>0,00; Depressivität 66,50 vs. 56,65, p>0,00; Ängstlichkeit 63,44 vs. 54,87; p>0,00; Aggressivität 55,27 vs. 46,69, p>0,00; Phobische Angst 62,00 vs. 53,32; p>0,00; Paranoides Denken 58,09 vs. 49,54; p>0,00; Psychotizismus 61,77 vs. 53,56; p>0,00) auf.

Pre-Post-Vergleiche

Die Ergebnisse zum Behandlungsverlauf lagen von 86 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vor. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen hinsichtlich Depressivität (Beginn 14,49 vs. Ende 9,44, p>0,00), Angstreaktionsbereitschaft (13,82 vs. 8,84; p>0,00) sowie auf 8 der 9 Skalen der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Somatisierung 57,44 vs. 51,57, p>0,00; Zwanghaftigkeit 61,30 vs. 50,63, p>0,00; Unsicherheit in Sozialkontakt 61,34 vs. 54,92, p>0,00; Depressivität 67,42 vs. 55,24, p>0,00; Ängstlichkeit 64,46 vs. 53,83; p>0,00; Phobische Angst 62,68 vs. 52,10; p>0,00; Paranoides Denken 58,72 vs. 53,21; p>0,00; Psychotizismus 62,00 vs. 55,21; p>0,00).

Diskussion

Die vorläufigen Ergebnisse weisen daraufhin, dass günstige Entwicklungen bei dieser großen und besonders schwierigen Rehabilitandengruppe, die Sucht und Persönlichkeitsstörung verbindet, zu erreichen sind. Vermutlich sind umso stärkere Effekte zu erwarten, je spezifischer, das Therapieprogramm auf die Verflechtung zwischen Primärpersönlichkeit und Abhängigkeit zugeschnitten ist. Die Überprüfung von differentiellen Behandlungseffekten steht im Mittelpunkt der weiteren Forschungsarbeit.

Literatur

Beck, A., Wright, F.D., Newman, C., Liese, B. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997): SKID-II.Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV.AchseII: Persönlichkeitsstörugen. Göttingen, Hogrefe.

Khantzian, E.J., Treece, C. (1985): DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. Archives of General Psychiatry, 42, 1067-1071.

Petry, J. (1998): Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkoholismus. In: M. Hautzinger (Ed.) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.M., George, L.K., Karno, M., Locke, B.Z. (1988): One-moth prevalence of mental disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 45, 977-986.

Schmitz, B., Schuhler, P., Jahrreiss, R., Limbacher, K. (1998): Rehabilitation von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Psychosomatik und Suchttherapie. Bad Dürkheim, Münchwies. Unveröffentlichter Projektantrag.

Schmitz, B. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: W. Senf, M. Broda (Ed.) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, Thieme.

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach A., Jung, A. (1999): Manual Persönlichkeits- und Kommunikationsstile. Ein psychoedukatives und kompetenzorientiertes Gruppentherapieprogramm für Patienten mit dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen und –störungen. Bad Dürkheim, Münchwies. Unveröffentlichtes Manuskript.

Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Patienten mit pathologischem Spielverhalten: Ergebnisse der 1-Jahreskatamnese

Finger, E., Glier, B.

Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Bad Fredeburg

Fragestellung

Die seit 1997/1998 systematisch durchgeführte Evaluationsstudie der Therapie pathologischer Glücksspieler in der Fachklinik Hochsauerland unterstreicht mit den ersten Ergebnissen der 1-Jahreskatamnese die Wirksamkeit und Effizienz des Behandlungskonzeptes für diese Patientengruppe. Neben Längsschnittdaten für ausgewählte Variablen zu vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 3- und 12-Monatskatamnese) werden Überlegungen und Erklärungsansätze von Abstinenz und Rückfallbedingungen vorgestellt.

Methodik

Es handelt sich um eine Stichprobe 76 Patienten (69 Männer, 7 Frauen). Von 36 Patienten dieser Stichprobe liegen Daten der 1-Jahreskatamnese vor, so dass Ergebnisse nunmehr im Längsschnitt dargestellt werden können.

Es handelt sich ausnahmslos um Automatenspieler bzw. Kombinationen von Automatenspiel und anderen Formen pathologischen Glücksspiels, die die Kriterien des DSM IV bzw. ICD-10 für pathologisches Glücksspielen erfüllen. Alle Patienten weisen eine erheblich chronifizierte Problematik auf (Kontrollverlust über das Spielen seit mehr als 10 Jahren, weitreichende psychische, ethische, psychosoziale und ökonomische Konsequenzen). Dabei imponiert im weiteren eine hohe Rate an psychopathologischer Komorbidität (insbesondere schwere depressive Episoden und Persönlichkeitsstörungen).

In mehr als 90 % der behandelten Fälle handelt es sich um Rentenversicherungspatienten, für die die stationäre Therapie eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der (Re-)Integration in das Erwerbsleben darstellt.

Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage eines integrativ-verhaltenstherapeutischen Konzepts (Glier et al., im Druck). Die „Spielergruppe“ bildet hier das zentrale und störungsspezifische Behandlungsmodul, das durch ein individuell indiziertes, breit gefächertes Angebot von hochfrequenten Intensivtrainingsprogrammen zur verbesserten Lebensgestaltung und Überwindung individueller Defizite ergänzt wird (Anti-Depressionstraining, Stressbewäl-

tigung, Selbstsicherheitstraining, Steuerung dysfunktionaler psychophysiologischer Erregung, Problemlösetraining). Es bestehen weiter Optionen für eine Bearbeitung intrapsychischer Probleme und Konflikte im einzeltherapeutischen Setting oder innerhalb einer tiefenpsychologisch orientierten interaktionellen Gruppentherapie. Die häufig arbeitslosen oder arbeitsunfähigen Patienten nehmen oftmals auch an einem Spezialangebot für Patienten mit berufs- und arbeitsplatzbezogenen Problemstellungen teil (Bürger et al., 1997).

Zur Evaluation des Therapieerfolgs wurden störungsspezifische und sozioökonomische Variablen sowie anerkannte und geprüfte psychometrische Verfahren herangezogen:

Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG), Gießener Beschwerdebogen (GBB), Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), Inventar Interpersonaler Probleme (IIP), Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU).

Ergebnisse

70 von 76 haben die stationäre Therapie erfolgreich abgeschlossen.

Zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese berichten 55 % über die Aufrechterhaltung von Abstinenz, 7 % weisen nach Rückfall Wiedererlangung der Abstinenz auf, während 13 % als rückfällig einzustufen sind. Nach 12 Monaten beträgt die Abstinenzrate 51 %, Gebesserte haben einen Anteil von 8 %, Rückfällige machen 14 % aus. Die Quote der Nichtantworter beträgt 25 % bzw. 27 % (3- bzw. 12-Monatskatamnese). Über eine verbesserte Impulskontrolle berichten 75 % bzw. 72 % (3- bzw. 12-Monatskatamnese). Diese Angaben beziehen sich auf das sog. strenge Kriterium, d.h. dass auch Nicht-Antworter in die Stichprobe und Berechnungen eingehen.

Andere Behandlungseffekte wie Verbesserungen in wesentlichen Merkmalen des Selbstkonzeptes, des Beziehungsverhaltens oder hinsichtlich psychischer Belastungen gehen zu den Katamnesemessungen gegenüber den Ergebnissen zur Entlassung in der Gesamtstichprobe erwartungsgemäß zurück. Bei differentieller Betrachtung der Subgruppen Gebesserter und Abstinenter vs. Rückfälliger weisen die Katamnesedaten der Gebesserten zum Teil weitere wünschenswerte Veränderungen in relevanten Merkmalen auf, während Rückfällige teilweise unter das Aufnahmeniveau zurückfallen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Daten belegen in deutlicher Form die Effektivität des beschriebenen Therapieangebots für Patienten mit pathologischem Spielverhalten auch oder gerade bei Vorliegen einer erheblichen psychopathologischen Komorbidität (schwere depressive Episode, Ängstliche, Emotional instabile, Narzisstische Persönlichkeitsstörung) im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation (Petry et al., 1999), die darüber hinaus mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 8-10 Wochen auch als effizient zu bezeichnen ist. Weitere Auswertungen hinsichtlich des Rückfallrisikos weisen auf die Bedeutung sozialer Unterstützung, des Erwerbsstatus wie auch die Anbindung an Beratungs- und Nachsorgemaßnahmen hin.

Literatur

Bürger, W., Schulz, H., Glier, B., Rodewig, K. Koch, U. (1997): Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption. Deutsche Rentenversicherung, 9-10, 548-574.

Glier, B., Rodewig, K. (im Druck): Integration verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V. (Hrsg.) Praxis der Gruppenpsychotherapie, Thieme Verlag.

Petry, J., Jahrreiss, R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“. Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung, 4/99, 196-218.

Family Assessment: Ein System zur Nutzung der Ressourcen des Systems Familie im Prozess neuropsychiatrischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Meyer-Bornsen, C., Focken, C.

Neurologisches Krankenhaus der Stadt Wien – Rosenhügel, Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum, Wien

Anhand verschiedener Fallbeispiele wird dargestellt, wie das System Familie gestärkt werden kann, welche Ressourcen in jeder Familie vorhanden sind und wie diese entdeckt und eingeschätzt werden können. Die vorhandenen Strukturen der Beziehungen innerhalb der Kernfamilie, der erweiterten Familie, oder Großfamilie, sowie das Netzwerk von Freunden in dem soziokulturellen Umfeld in dem eine Familie lebt, entscheiden darüber, wie das System Familie nach einem Unfallgeschehen mit der veränderten Lebenssituation umgeht.

Family Assessment ist ein Ansatz zur Nutzung der Ressourcen des Systems Familie in der Rehabilitation. Es stellt sich für uns die Frage, wie wir – von einem multiprofessionellen Ansatz ausgehend – die Ressourcen des „Systems Familie“ im Prozess neuropsychiatrischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen nach Hirnschädigungen nutzen und stärken können, und wie der Handlungsspielraum des Systems Familie in der Neuropsychiatrischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen erweitert werden kann.

Unsere Arbeit in der Rehabilitation basiert auf einer therapeutischen Herangehensweise, in der auf der Basis von medizinischem und pflegerischem Handeln ein breit gestreutes therapeutisches Angebot, zu einem Netzwerk geknüpft wird. Die therapeutische Arbeit in dem multiprofessionellen Team umfasst u.a. die Zusammenarbeit mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinischer Psychologie und Familientherapie. Auf der Grundlage dieses Ansatzes arbeiten wir mit einem therapeutischen Instrument, dem Family Assessment, das den Prozess der Rehabilitation beeinflussen und beschleunigen kann.

Es wird gezeigt, wie die Kooperation stattfindet und wie es gelingen kann, unterschiedlich komplexe therapeutische Maßnahmen so zu koordinieren, dass ein Synergie-Effekt entstehen kann. Die Familie als System wird von Beginn der Rehabilitation an, auch und im besonderen als Pflegeinstitution in den therapeutischen Prozess miteinbezogen.

Es zeichnet sich ab, dass eine Rehabilitation, je früher sie beginnen kann, umso effektiver ist. Die Einbeziehung der Familie als System trägt dazu bei, die Familie als System zu stärken und den Prozess der Re-Konstruktion des Systems Familie zu fördern. Die Nutzung der Ressourcen des Systems Familie kann im Sinne von Sustainability die Effektivität und Effizienz der Rehabilitationsmaßnahmen erhöhen.

Literatur

Adelson, P.D. (1999): Pediatric Brain Injuries, Prognosis and Recovery. In: Marion, Donald W. (ed.): Traumatic Brain Injury. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 283-290.

Bienstein, C., Fröhlich, A. (1992): Basale Stimulation in der Pflege. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf.
Boszormenyi-Nagy, I., Spark G.M. (1981): Unsichtbare Bindungen. Klett – Cotta Verlag, Stuttgart.
Dauch, W.A., Johanns, A. (1996): Die Neurologisch – Neurochirurgische Frührehabilitationsbehandlung nach zerebralen Läsionen. Hamburger Ärzteblatt, 52, 42-47.
Freyvogel, S. (1997): Motorische Rehabilitation nach Schädelhirntrauma. Pflaum V., München.
Fries, W. (Hrsg.) (1996): Ambulante und teilstationäre Rehabilitation bei Hirnverletzten. W. Zuckschwerdt Verlag, Wien, München, New York.
Gobiet, W., Gobiet, R. (1999): Frührehabilitation nach SHT. Springer Verlag, Heidelberg, New York, 2. Aufl.
Wild, K., Janzik, H.H. (Hrsg.) (1990): Neurologische Frührehabilitation. Zuckschwerdt Verlag, München, Wien.
Zasler, N.D. (1999): Severe Traumatic Injuries, Neurorehabilitation. In: Traumatic Brain Injury. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 119-134.

Lebensqualität als Evaluationskriterium in der Rehabilitation chronisch kranker Kinder

Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M., Bullinger, M.

Universität Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg

Hintergrund

Die Erfassung der Lebensqualität chronisch kranker Kinder wird zunehmend auch in der Pädiatrie als notwendige Ergänzung der klinischen Dokumentation des Behandlungsverlaufes erachtet (Wahn et al., 1994). Allerdings steht dieser grundsätzlich positiven Einschätzung ein Mangel an Forschungsergebnissen gegenüber (Seiffge-Krenke, 1990). Es finden sich in der Literaturübersicht bisher kaum publizierte Studien, die mit methodisch geprüften Instrumentarien die Lebensqualität von Kindern in der Rehabilitation untersuchen (Michels et al., 1995). Ausgehend von der Notwendigkeit einer Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität chronisch kranker Kinder und ihrer Eltern in der Rehabilitation (Bullinger et al., 1995), wurde eine Längsschnittstudie zur Lebensqualität von Kindern und Eltern in den Indikationsbereichen Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und Adipositas durchgeführt.

Die Fragestellung der beantragten Studie bezieht sich darauf, wie unter Berücksichtigung des Lebensqualitätskonzepts die Verfassung der Patienten im Rehabilitationsverlauf evaluiert werden kann. Untersucht wurde, welche der bisher vorhandenen Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität sowie relevanter prognostischer Faktoren in der Rehabilitation chronisch kranker Kinder geeignet sind, und wie unter methodischem Aspekt ein geprüftes und flexibles Dokumentationssystem zur Erfassung von Lebensqualität als patientennahem Outcome sowohl aus Sicht der Kinder, als auch der Eltern im Verlauf der Rehabilitation erstellt werden kann. Inhaltlich waren Informationen darüber angestrebt, wie die Lebensqua-

lität von Kindern und Eltern im Vergleich beurteilt wird und welche Veränderungen sich im Verlauf und als Folge von Rehabilitationsmaßnahmen ergeben.

Methodik

Es handelt sich um eine longitudinale Beobachtungsstudie (Kohortenstudie) mit 4 Messzeitpunkten (zu Beginn, nach Abschluss, 3 Monate und 12 Monate nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme) und drei Populationen: a) Kinder mit Erkrankungen der Atemwege (Asthma Bronchiale), b) Kinder mit Hauterkrankungen (Neurodermitis) und c) Kinder mit Adipositas. Patienten wurden konsekutiv in den teilnehmenden Einrichtungen (7 Kinder-Reha-Kliniken in Deutschland) aufgenommen, wobei sich die Ein- und Ausschlusskriterien nach gängigen Rehabilitationskriterien richteten.

Insgesamt wurden n = 1050 Kinder und n = 1050 Elternteile in die Studie eingeschlossen (n = 254 mit Asthma, n = 163 mit Neurodermitis und n = 633 mit Adipositas). Eine Stratifikation nach Krankheitsgruppen, Altersstufen (8-12, und 13-16 Jahre) und Geschlechtszugehörigkeit wurde vorgenommen. Krankheitsübergreifende und krankheitsspezifische Messinstrumente wurden im Selbstbericht zusammen mit anderen medizinischen und psychosozialen Variablen (Familienklima, Coping, Kontrollüberzeugung etc.) eingesetzt.

Inhaltlich wurden bisher zu Messzeitpunkt 1, 2 und 3 querschnittlich die Beziehungen zwischen Determinanten und Komponenten der Lebensqualität mit korrelations- und regressionsstatistischen Methoden geprüft. Bei den Verlaufsdaten werden zu Messzeitpunkt 1 und 2 in einem varianzanalytischen Design Verlaufseffekte berechnet, jeweils getrennt für Eltern und Kinder und für Jungen und Mädchen. Offene Antworten werden nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion

Ergebnisse bezogen auf die beiden Messzeitpunkte bestätigen eine gute psychometrische Qualität des Fragebogens, der in dieser Untersuchung nach konfirmatorischer Prüfung akzeptable interne Konsistenzkoeffizienten von über 70 und einen Skalenfit von über 80 % mit wenig Boden- und Deckeneffekten aufwies. Darüber hinaus ist aus den Studienergebnissen abzuleiten, wie sich die Dokumentationssysteme in den Reha-Kliniken praxisnah implementieren lassen. Mittlere bis hohe Korrelationskoeffizienten zwischen Eltern- und Kinderurteilen weisen auf eine Übereinstimmung der Sichtweise bezogen auf die Beurteilung der Lebensqualität der Kinder hin, wobei Unterschiede zwischen Mütter- und Väterurteilen bestehen. Zusätzliche Ergebnisse zum Verhältnis zwischen psychosozialen Faktoren und Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens werden präsentiert.

Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse unterstreichen die Bedeutung des Lebensqualitätskonzepts und dazugehöriger multidimensionaler und mehrperspektivischer Messverfahren aus subjektiver Kinder- und Elternsicht bei der Evaluation pädiatrischer Rehabilitationsprogramme. Am Beispiel der Hauptindikationsgebiete der Rehabilitation bei Kindern (Atemwegserkrankungen und Hauterkrankungen) steht ein modular aufgebautes Dokumentationssystem zur Verfügung, welches bundesweit eingesetzt bzw. für andere Indikationen erweitert werden kann.

Literatur

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. (1998): Quality of Life from a Patient Group Perspective. In: Koot, Wallander (Hrsg.). Quality of Life in Children and Adolescents: Concepts, Methods and Findings.

Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (1998): Assessing the health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, Vol. 4, No 7.

Gerharz, E., Ravens-Sieberer, U., Eiser, C. (1998): Kann man Lebensqualität bei Kindern messen? In: Hohenfellner, Thüroff, Schulte-Wissermann (Hrsg.): Kinderurologie in Klinik und Praxis. Thieme-Verlag.

Bullinger, M. (1999): Neuere Entwicklungen in der internationalen Lebensqualitätsforschung“, 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Norderney, 8.-10. März.

Ravens-Sieberer, U., Theiling, S. (1999): LQ bei Kindern und Jugendlichen - die Patienten und die Elternsichtweise, 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Norderney, 8.-10. März.

Einflussfaktoren für die langfristige Entwicklung der Lebensqualität asthmakranker Kinder und Jugendlicher nach Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

ten Thoren, C. (1), Bauer, C.P. (2), Kiosz, D. (3), Stachow, R. (4), Petermann, F. (1), Buschmann-Steinhage, R. (5), Warschburger, P. (1)

(1) Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen, (2) Fachklinik Gaißach der LVA Oberbayern, (3) Kinderfachklinik Satteldüne der LVA Schleswig- Holstein, (4) Kinderfachklinik Sylt der LVA Freie und Hansestadt Hamburg, (5) VDR, Frankfurt

Theoretischer Hintergrund der Studie

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen chronisch kranker Kinder und Jugendlicher bilden eine wesentliche Säule im Gesundheitswesen. Asthmakranke Kinder und Jugendliche stellen hierbei mit über 20% die Hauptindikation (Cibis et al., 1999). Interdisziplinäre Rehabilitationsteams ermöglichen es, das stationäre Angebot speziell an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Langfristiges Ziel stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ist, die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und die Lebensqualität zu verbessern. Derzeit mangelt es an Studien, die die langfristige Effektivität stationärer Kinderrehabilitationsmaßnahmen belegen.

Die ESTAR- Studie

Ziel der Multizenter-Studie ist es, die kurz-, mittel- und langfristige Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen anhand medizinischer, psychosozialer und gesundheitsökonomischer Parameter zu evaluieren.

Methodik

Stichprobe

Untersucht wurden 214 asthmakranke Kinder und Jugendliche im Alter von 9-16 Jahren (M=11,8 Jahre), die eine mehrwöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolvierten (RG). Die Kontrollgruppe (KG) bildeten 83 hausärztlich betreute asthmakranke Kinder und Jugendliche (M=11,3 Jahre).

Messzeitpunkte

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews, Verhaltenstests sowie medizinische Diagnoseverfahren vor, zu Beginn, zum Ende, ein halbes und ein Jahr nach der Rehabilitation.

Parameter und Erhebungsinstrumente

Lungenfunktion (Spirometer), Lebensqualität (Lebensqualitätsinterview von Juniper, 1996, Dimensionen: Beeinträchtigungen bei Alltagstätigkeiten, im emotionalen Bereich und aufgrund der Asthmasymptomatik), Angst (STAI von Spielberger, 1973), Selbstwirksamkeit („Self-Efficacy-Scale for Children and Adolescents with Asthma“ von Schlösser und Havermans, 1992), Wissen und Verhaltensfertigkeiten (selbstkonstruierte Fragebögen).

Ergebnisse

Bereits vor Antritt der Rehabilitation verfügten die Kinder und Jugendlichen beider Gruppen über eine verhältnismäßig hohe Lebensqualität. Die stärksten Beeinträchtigungen wurden im Bereich der Tätigkeiten berichtet. Alter und Geschlecht hatten keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Je schwerer die Krankheit (ermittelt nach den Richtlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Berdel et al., 1998) und je größer die Angst, desto geringer war die Lebensqualität ($r_{Schweregrad}=-0,344$, $p<0,000$; $r_{Angst}=-0,52$, $p=0,001$). Bei einer Erkrankungsdauer zwischen sechs und zehn Jahren fand sich die höchste symptombezogene Lebensqualität ($p=0,012$). Gymnasiasten verfügten über höhere Lebensqualität ($p=0,031$) als Kinder und Jugendliche anderer Schulrichtungen.

Ein Jahr nach der Rehabilitation zeigten die Kinder und Jugendlichen der RG eine deutlich stärkere Steigerung ihrer Lebensqualität als die Patienten der KG ($F=11,83$, $p<0,000$). Die stärkste Verbesserung erlebten die Patienten im emotionalen Bereich, gefolgt vom Bereich der Symptomatik. Das Alter, Geschlecht und die Krankheitsschwere standen nicht mit dem Ausmaß der Lebensqualitätssteigerung im Zusammenhang. Tendenziell trat bei kurzer Erkrankungsdauer (bis zu sechs Jahren) eine stärkere Verbesserung der Lebensqualität auf als bei längerer. Gymnasiasten zeigten die geringste Lebensqualitätssteigerung. Je stärker sich die Lungenfunktion verbesserte, desto stärker steigerte sich die Lebensqualität. Es ließen sich besonders Zusammenhänge mit den Lungenfunktionsparametern PEF ($r=0,224$, $p=0,007$) und MEF50 ($r=0,212$, $p=0,011$) finden. Die Reduktion der Angst ging ebenfalls mit einem Zuwachs an Lebensqualität einher ($r=-0,296$, $p<0,000$). Kinder und Jugendliche mit gesteigerter Selbstwirksamkeit erlebten eine stärkere Verbesserung ihrer Lebensqualität ($r=0,264$, $p=0,001$). Der Zugewinn im Wissen sowie in den Verhaltensfertigkeiten stand nicht direkt mit der Lebensqualitätsverbesserung im Zusammenhang, wohl aber, wenn auch nur schwach, mit dem Zugewinn an Selbstwirksamkeit ($r_{Wissen}=0,127$, $p=0,032$; $r_{Verhalten}=0,12$, $p=0,044$).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen führen unabhängig vom Alter, dem Geschlecht und der Krankheitsschwere bei asthmakranken Kindern und Jungendlichen zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten Rechnung tragen. Die Lebensqualitätsverbesserung steht besonders mit einer verbesserten Lungenfunktion, verringerter Angst und gesteigertem Selbstwirksamkeitserleben im Zusammenhang. Da die Teilnehmer an stationären Rehabilitationsmaßnahmen eine stärkere Verbesserung der Lungenfunktion, der Angst und der Selbstwirksamkeit erlebten als die Patienten der Kontrollgruppe, unterstreichen diese Ergebnisse die Wirkung der stationären Rehabilitation.

Literatur

Berdel, D., Reinhardt, D., Hofmann, D., Leupold, W., Lindemann, H. (1998): Therapie-Empfehlungen der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie zur Behandlung des Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen. Monatsschrift Kinderheilkunde, 146, 492-497.

Cibis, W., Hüller, E. (1999): Rahmenbedingungen, Diagnostik und Therapie in der Kinderrehabilitation. In F. Petermann, P. Warschburger (Hrsg.), Kinderrehabilitation (35-57). Göttingen: Hogrefe.

Juniper, E. (1996): Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Asthma. Auszufüllen durch den Interviewer. German Version. Hamilton, Ontario: McMaster University.

Schlösser, M., Havermans, G. (1992): A self-efficacy scale for children and adolescents with asthma: construction and validation. Journal of Asthma, 29 (2), 99-108.

Spielberger, C. (1973): Manual for the stait-trait anxiety inventory for children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Psychosoziale Belastungen von Eltern mit neurodermitiskranken Vorschulkindern - Erste Ergebnisse

Buchholz, H.T., Warschburger, P., von Schwerin, A.D., Petermann, F.

Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen

Hintergrund

Die chronische Hauterkrankung Neurodermitis im Kindesalter belastet nicht nur das betroffene Kind selbst, sondern auch die Familie (Niebel, 1999). Zur psychosozialen Situation chronisch-kranker Kinder liegen bereits viele Überblicksartikel (Warschburger et al., 2000), aber auch Metaanalysen (Lavigne et al., 1993) vor. In der Literatur wird übereinstimmend auf die starke psychosoziale Belastung von Familien und ihren chronisch kranken Kindern hingewiesen (Wallander et al., 1995).

Neben diesen psychosozialen Aspekten ist die Erkrankung für die Bezugspersonen mit einer Reihe von Anforderungen wie zum Beispiel die aktive Mitarbeit bei der dermatologischen Behandlung verbunden. Dies deutet auf einen beträchtlichen Handlungsbedarf hin,

den Eltern die Behandlungsmitarbeit zu erleichtern und sie bei der Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen psychosozialen Probleme zu unterstützen. Dies gelingt am besten, wenn die Bezugspersonen bereits frühzeitig lernen mit der Erkrankung umzugehen und somit auch präventiv ungünstigen Verhaltensmustern im Umgang mit dem Kind entgegengewirkt wird.

Ziel der Studie ist es, zwei Schulungsansätze, ein Intensivtraining (ausführliches Fertigkeitstraining) sowie eine Minimalschulung (hauptsächlich Wissensvermittlung) zu entwikkeln, in mehreren Kliniken zu implementieren und auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Die Trainings richten sich im Sinne einer Mediatorenschulung an die Eltern neurodermitiskranker Vorschulkinder bis zum Alter von sieben Jahren. Die Effektivität wird anhand medizinischer (z.B. SCORAD) und psychosozialer Parameter (z.B. Lebensqualität, familiäre Belastung durch die Erkrankung) als auch auf gesundheitsökonomischer Ebene (z.B. Anzahl der Arbeitsfehltage der Eltern) evaluiert. Langfristig sollen auch Aussagen über eine differentielle Therapiezuweisung ermöglicht werden.

Methodik

In einem multizentrischen Ansatz in Kooperation mit insgesamt vier Rehabilitationskliniken wurden ein kognitiv behaviorales Intensivschulungs- und ein Minimalschulungsprogramm entwickelt und in den Kliniken implementiert. Jede Klinik bietet sowohl das Minimal- als auch das Intensivprogramm an, dem die Eltern zufällig (je nach Rehabilitationsmaßnahme) zugeteilt werden. Die Studie wird als Längsschnittuntersuchung mit Vergleichsgruppe durchgeführt. Medizinische und psychosoziale Parameter werden zu vier Messzeitpunkten, das heißt zu Beginn, zum Abschluss und postalisch ein halbes sowie ein Jahr nach der Rehabilitation erhoben. Die Daten basieren auf standardisierten (z.B. FEN, SF-12, CHQ) und selbst entwickelten Fragebögen (z.B. Versorgungsbedarf, Wissen, krankheitsspezifische Selbstwirksamkeit) sowie auf der während der Rehabilitationsmaßnahme vor Ort durchgeführten medizinischen Diagnostik (z.B. Schweregradeinschätzung mittels SCORAD). Zusätzlich wurden mit den Eltern und den Kindern (ab vier Jahren) krankheitsspezifische Interviews zu ihrer Lebensqualität durchgeführt.

Resultate

Bis Ende des Jahres 1999 werden die Daten zum ersten Messzeitpunkt vorliegen. Das Studiendesign sowie die aktuellen Resultate zu Beginn der Reha hinsichtlich psychosozialer Belastungen von Eltern neurodermitiskranker Vorschulkinder werden dargestellt. Neben einer deskriptiven Beschreibung hinsichtlich zentraler Kennzeichen (z.B. Alter, Erkrankungsschwere) finden insbesondere die standardisierten Verfahren Berücksichtigung, die sich direkt mit den Belastungen der Eltern (z.B. FEN) beziehungsweise den Folgen hinsichtlich ihrer Lebensqualität (z.B. SF-12) beschäftigen. Damit liefern die Resultate Hinweise darauf, von welchen spezifischen psychosozialen Belastungen bei Eltern neurodermitiskranker Kinder im Kontext stationärer Rehabilitationsmaßnahmen auszugehen ist. Darüber hinaus lassen sich Aussagen über den Versorgungsbedarf betroffener Eltern im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen treffen.

Schlussfolgerungen

Die Neurodermitis gehört zu den Hauptindikationen für eine stationäre Rehabilitation vor allem mit Begleitperson (VDR, 1996). Durch die Einbeziehung der Eltern in die Versorgung chronisch kranker Kinder im Vorschulalter soll die Effektivität medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gesteigert werden. Auf diese Weise soll gesichert werden, dass die medizinische Rehabilitation im stationären Kontext nicht nur zu einer kurzfristigen Verbesserung der medizinischen Parameter, sondern langfristig sowohl zu einer Steigerung der psychosozialen Befindlichkeit als auch des medizinischen Zustandes führt. Mittel- und langfristige Ergebnisse der Trainingseffektivität sind in Vorbereitung.

Literatur

Lavigne, J.V., Faier-Routman, J. (1993) : Correlates of psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review and coparison with existing models. Developmental and Behavioral Pediatrics, 14, 117-123.

Niebel, G. (1999): Verhaltensorientierte Elternschulung bei Neurodermitis. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.). Neurodermitis (S. 289-318). Göttingen: Hogrefe.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1996): VDR Statistik: Rehabilitation des Jahres 1994. Frankfurt: Selbstverlag.

Wallander, J.L., Thompson, R.J., Jr. (1995): Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. In M. C. Roberts (Ed.), Handbook of Pediatric Psychology (pp. 124-141). New York: Guilford.

Warschburger, P., Petermann, F. (2000): Belastungen bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie (S. 479-511). Göttingen: Hogrefe; 4. überarb. Auflage.

Evaluationsergebnisse stationärer Intensivrehabiliation bei idiopathischer Skoliose

Freidel, K. (1), Petermann, F. (1), Reichel, D. (2), Steiner, A. (2), Warschburger, P. (1), Weiß, H.R. (2)

(1) Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen, (2) Asklepios Katharina-Schroth-Klinik, Bad Sobernheim

Hintergrund und Stand der Literatur

In der vorliegenden Studie werden psychosoziale Beeinträchtigungen bei Patientinnen mit idiopathischer Skoliose näher beleuchtet. Diese wurde bisher unzureichend untersucht. Aufgrund verschiedener Studienergebnisse (Goldberg et al., 1997; Payne et al., 1997; Singer, 1997) ist davon auszugehen, dass die psychosoziale Situation bei jugendlichen und erwachsenen Skoliosepatienten durch vermehrte Belastungen geprägt ist. Daher ist auch von einer Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patienten auszugehen. Die Überprüfung, inwieweit die Lebensqualität dieser Patientengruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung eingeschränkt ist, und ob sich diese nach stationärer Intensivrehabilitation verbessert, steht allerdings noch aus.

Methodik und Studiendesign

Die Asklepios Katharina-Schroth-Klinik in Bad Sobernheim realisierte zusammen mit dem Zentrum für Rehabilitationsforschung von März 1998 bis Mai 1999 ein Projekt mit dem Ziel der Erfassung von Merkmalen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Skoliosepatienten. Die Studie wurde im Eingruppen-Prä-Post-Design (Messwiederholungsdesign) durchgeführt. Das Studiendesign sieht die Messung zu drei Zeitpunkten vor: T1 bei Reha-Beginn in der Klinik, T2 bei Reha-Ende in der Klinik und eine postalisch durchgeführte Zweimonatskatamnese (T3). In der Studie wurden nur weibliche Patienten untersucht. Für die deskriptiven Statistiken zu T1 kann auf die Daten von 146 jugendlichen und 80 erwachsenen Patientinnen zurückgegriffen werden. Aufgrund des Dropouts reduzierte sich das gültige N für die Berechnungen zwischen den Messzeitpunkten bei den elf- bis 16jährigen auf 85, bei den 17- bis 21jährigen auf 23 und bei den über 21jährigen Patientinnen auf 33.

Ergebnisse

Psychosoziale Belastungen: Der Vergleich der jugendlichen Patientenstichprobe mit Normwerten verdeutlicht die Beeinträchtigung der Lebensqualität (BFW; Grob et al., 1991) der Patientinnen ($p < 0,05$). Sie haben eine weniger positive Lebenseinstellung, äußern mehr körperliche Beschwerden, haben ein weniger positives Selbstwertgefühl und neigen eher zu depressiven Verstimmungen. Die älteren Patienten sind in psychosozialen Belangen (SF-36; Bullinger et al., 1998) noch deutlich stärker belastet als die Kinder. Auf nahezu allen Skalen des SF-36 schätzen die erwachsenen Skoliosepatientinnen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein als die Normpopulation.

Veränderung nach der Rehabilitation: Bei den erhobenen medizinischen Parametern zeichnen sich einige Veränderungen nach der Reha-Maßnahme ab, die darauf hinweisen, dass die Patienten aller Altersstufen durch die intensive Krankengymnastik die Krümmung der Wirbelsäule verbessern konnten. Dies zeigt sich bei der mittleren Seitenabweichung der Wirbelsäule vom Lot, der relativen Wirbelsäulenlänge und dem Skoliometerwert ($p < 0,05$). Positiv ist auch die Veränderung der Vitalkapazität anzumerken.

Beim Outcome-Kriterium „Lebensqualität“ schneiden die älteren Patienten am besten ab. Diese Patientengruppe profitiert in allen Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, während sich bei den 17 bis 21jährigen keine Veränderung abzeichnet (Abbildung 1).

Diskussion

Der Reha-Erfolg zeigt sich vor allem bei den medizinischen Daten. Es hat sich gezeigt, dass vor allem erwachsene Patienten auch auf der psychosozialen Ebene von stationärer Skolioserehabilitation profitieren. Für Kinder gilt dies nicht in der gleichen Weise, allerdings ist zu bedenken, dass der Fokus in dieser Altersgruppe vor allem auf Prävention liege muss.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Insgesamt hatte die Reha-Maßnahme einen positiven Effekt auf die Wirbelsäulenverkrümmung der Patientinnen. Aus den Studienergebnissen ist zu folgern, dass Skoliose ein Risikofaktor für psychosoziale Beeinträchtigungen darstellt. Daher sollten psychosoziale Betreuungsangebote in der Skoliosebehandlung weiter ausgebaut werden.

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

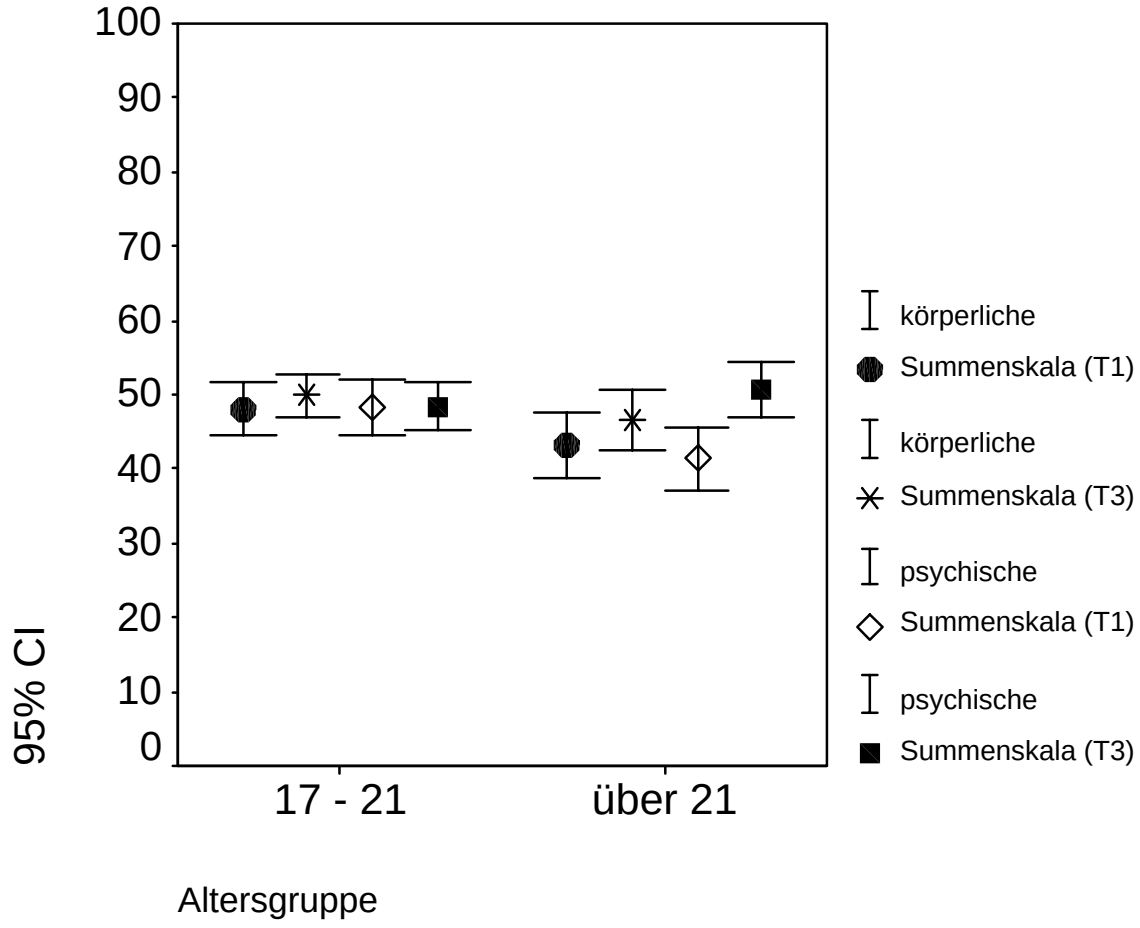
Goldberg, C.J., Fogarty, E.E., Moore, D.P., Dowling, F.E. (1997): Scoliosis and development theory. Spine, 22, 2228-2238.

Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F.G., Flammer, A., Mackinnon, A., Wearing, A.J. (1991): Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). Diagnostica, 37, 66-75.

Payne, W.K., Ogilvie, J.W., Resnick, M.D., Kane, R.L., Transfeldt, E.E., Blum, R.W. (1997): Does scoliosis have a psychological impact and does gender make a difference? Spine, 22, 1380-1384.

Singer, T.T. (1997): Untersuchungen über Selbstkonzepte von Skoliosepatienten. Frankfurt: Lang.

Abbildung 1: Veränderung der Lebensqualität der erwachsenen Skoliosepatientinnen.



Kurz- und langfristige Veränderungen psychosozialer Parameter bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma oder Atopischer Dermatitis durch stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Niebank, K. (1), Warschburger, P. (1), Petermann, F. (1), Gulyas, A.F. (2), Stübing, K. (3)

(1) Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen, (2) Hochgebirgszentrum für Atopische Erkrankungen, Klinik santa maria, Oberjoch, Allgäu, (3) Prinzregent Luitpold Kinderklinik Scheidegg, Allgäu

Hintergrund

Obwohl Atemwegs- und Hautkrankheiten die häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bilden (Lecheler et al., 1997; Kapp, 1995), liegen bisher nur unzureichende Effektivitätsstudien vor. Das Ziel der Studie ist es deshalb, bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Atopischer Dermatitis den Verlauf der medizinischen Rehabilitation zu evaluieren sowie die kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit der stationären Maßnahme zu analysieren. Neben den unmittelbaren Erfolgen während der Reha-Maßnahme werden weitere Einschätzungen bereits zwei Wochen vor Antritt der Maßnahme sowie zwei Wochen bzw. zwölf und vierundzwanzig Monate nach ihrem Ende gewonnen. Um gezielt auch die langfristigen Effekte der Rehabilitation untersuchen zu können, wurde ein Längsschnittdesign gewählt. Als Verlaufsmerkmal der Qualitätssicherung werden für beide Krankheitsgruppen vergleichbare Parameter erhoben (Entzündungs-, allergologische, immunologische, klinische und psychosoziale Parameter). Um das krankheitsbezogene Wissen und das Gesundheitsverhalten der Patienten zu verbessern, wurde als Ergänzung der mit den Kindern und Jugendlichen durchgeführten Standardbehandlung für beide Krankheitsgruppen ein dem gegenwärtigen Stand der Forschung entsprechendes Patientenschulungsprogramm (Warschburger et al., 1997) entwickelt. Eine der durch die Studie zu beantwortenden Fragestellungen ist, inwieweit sich psychosoziale Parameter durch stationäre Rehabilitationsmaßnahmen verändern lassen und über welches Wissen und welche Kompetenzen Kinder und Jugendliche mit Asthma/atopischer Dermatitis verfügen.

Methodik

Im Rahmen der Studie wurden 94 Kinder und Jugendliche mit Atopischer Dermatitis und 113 mit Asthma untersucht, die an einer mehrwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen. Das Alter der Probanden lag zwischen 10 und 16 Jahren (MW Asthma=12,7; Atopische Dermatitis=12,1). Die Asthmastichprobe setzte sich aus 70 Jungen und 43 Mädchen zusammen, die Gruppe mit Atopischer Dermatitis aus 41 Jungen und 53 Mädchen. Die Datenerhebung erfolgte durch Fragebögen (vor, während und nach Beendigung der Rehamaßnahme) sowie durch Verhaltenstests und medizinische Diagnoseverfahren (zu Beginn und Ende der Rehamaßnahme).

Ergebnisse

Hinsichtlich angemessenen Verhaltens bei den Asthmatikern zeigen sich die größten Defizite bei der Ausführung des Lungendetektivs und der Lippenbremse. Bei den Fertigkeiten in Notfallsituationen und dem krankheitsspezifischen Wissen sind signifikante Verbesserungen zwischen Reha-Beginn und -Ende nachweisbar ($p<0,001$). Auch bei den Patienten mit Atopischer Dermatitis zeigt sich ein signifikanter Wissenszuwachs ($p<0,0001$). Längerfristige bedeutsame Verbesserungen, die sich auch ein Jahr nach dem Reha-Aufenthalt noch abzeichnen, zeigen sich für beide Krankheitsgruppen in der selbsteingeschätzten Krankheitsschwere, der Lebensqualität (Asthma: $p=0,001$; AD: $p=0,002$), der Selbstwirksamkeit (Asthma: $p=0,002$; AD: $p<0,001$), den krankheitsspezifischen Belastungen (Asthma: $p=0,086$; AD: $p<0,001$) und den Angstwerten (Asthma: $p=0,012$; AD: $p=0,05$). Aktuelle Ergebnisse zur 2-Jahres-Katamnese können Anfang 2000 dargestellt werden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Es zeigen sich deutliche Defizite im Wissen und in den Verhaltensfertigkeiten. Die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme bewirkt Wissens- und Verhaltensfortschritte. In beiden Krankheitsgruppen zeichnen sich längerfristige Verbesserungen in den psychosozialen Parametern ab. Der Einsatz stationärer Patientenschulungsprogramme scheint zur Erweiterung krankheitsspezifischen Wissens und zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma oder Atopischer Dermatitis sinnvoll.

Literatur

Kapp, A. (1995): Atopische Dermatitis - die Hautmanifestation der Atopie. Allergie-Journal, 4, 229-237.

Lecheler, J., Walter, H.J. (1997): Asthmakranke Kinder und Jugendliche: Medizinische Grundlagen und verhaltensmedizinische Intervention. In F. Petermann (Hrsg.), Asthma und Allergie. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.

Warschburger, P., Niebank, K., Petermann, F. (1997): Patientenschulung bei atopischer Dermatitis. In F. Petermann (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen: Hogrefe, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl., 283-313.

Adipositas bei Schulanfängern: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie zur Effektivität einer kombinierten Eltern-Kind-Schulung

Warschburger, P., Petermann, F., Karpinski, N., Grunewald, L., Gartmann-Skambracks, A.

Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen

Hintergrund und Ziele der Studie

Adipositas ist zu einem wachsenden Gesundheitsproblem geworden. Aktuelle Studien deuten auf eine hohe Prävalenz im Vorschulalter hin. Gerade aus dem amerikanischen Sprachraum liegen positive Ergebnisse zur Wirksamkeit von Elterntrainingsprogrammen vor (Petermann et al., 1999). Eine frühzeitige Intervention kann dazu beitragen, dass ungünsti-

ge Verhaltensmuster nicht aufgebaut sowie gesundheitliche und psychische Folgebelastungen verhindert werden.

Methodik

Ziel der Studie war es, die kurz- und mittelfristige Effektivität eines interdisziplinären, verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionsprogrammes für adipöse Schulanfänger und deren Eltern im ambulanten Setting zu entwickeln und zu evaluieren. Die Effektivität wurde auf verschiedenen Ebenen (Gewichtsstatus, Selbstwirksamkeitserleben der Eltern, Essverhalten des Kindes (DEBQ) und Lebensqualität) erfasst. Es handelte sich um ein Kontrollgruppendesign mit Messwiederholung (prä (T1), post (T2) und Halbjahres-Katamnese (T3)). Die Experimentalgruppe (EG) erhielt das Paket aus kombiniertem Eltern- und Kindtraining (7 Einheiten) sowie Sport (freiwillige Teilnahme). Die Kontrollgruppe (KG) sollte den natürlichen Gewichts- beziehungsweise BMI-Verlauf widerspiegeln. Die Akquisition der Probanden erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Bremen. Aufgenommen wurden Kinder, deren BMI-Wert die Altersnorm um mindestens 20 % überschreitet, deren Eltern ausreichende deutsche Sprachkenntnisse haben und freiwillig teilnehmen.

Das kognitiv-behaviorale Essverhaltenstraining wurde multimodal konzipiert und griff auf verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken zurück (Warschburger et al., 1999).

Ergebnisse

119 Kinder (MW = 6;4 Jahre) nahmen an der Studie teil (KG = 44; EG = 75). Zwei Drittel der Kinder waren Mädchen. Der mittlere BMI betrug in der KG 20,39 in der EG 20,63 (n.s.; $t = 0,12$; $p = 0,67$). Die Eltern bewerteten insgesamt die Gruppe und das Training sehr gut und hilfreich. Nach einem halben Jahr gaben die meisten Eltern (76,9 %) an, erfolgreich die Essverhaltensänderungen umgesetzt zu haben und 84,2 % sahen das Training als erfolgreich an. Das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern stieg in der EG signifikant an und konnte auch noch ein halbes Jahr später auf einem höheren Niveau gehalten werden ($F = 3,081$; $p = 0,028$). Für das Essverhalten der Kinder (DEBQ) ergaben sich lediglich auf der Skala „emotionales Essverhalten“ Gruppenunterschiede (in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes; $F = 7,886$; $p = 0,007$). Auf der Gewichtsebene ergab sich folgendes Bild: Während die BMI-Werte in der KG kontinuierlich anstiegen, fielen sie in der EG zu T2 ab. Signifikante Veränderungen ergaben sich zwischen T1 und T2 ($F = 7,02$; $p = 0,010$), nicht aber zwischen T2 und T3 ($F = 0,00$; $p = 0,950$). Die EG erfuhr eine Reduktion ihrer Belastungen zu T2, während in der KG die Belastungswerte kontinuierlich anstiegen ($F = 6,875$; $p = 0,011$).

Diskussion

Die Rückmeldungen zum Training unterstützen im wesentlichen das Vorgehen. Den Eltern gelang es, ihre Selbstwirksamkeit bezogen auf den Umgang mit dem Gewicht ihres Kindes, zu steigern. Bezogen auf den Gewichtsstatus und die Belastungen konnten zwar Veränderungen erzielt, aber mittelfristig nicht gehalten werden. Auf der Ebene des Essverhaltens ergaben sich keine Trainingseffekte.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Prävalenz lag in Bremen mit 8,2 % für Kinder im Vorschulalter relativ hoch. Die vorliegende Stichprobe der Kinder lag im Schnitt im 97. Perzentil und höher. Damit wurde eine

Gruppe stark behandlungsbedürftiger Kinder gewonnen. Die erzielten Interventionseffekte waren in ihrer Ausprägung eher gering; zu überlegen wäre eine zeitliche Ausdehnung einer Interventionsmaßnahme, die die Minderung körperlicher Inaktivität und eine Kalorienreduktion stärker berücksichtigt.

Literatur

Petermann, F., Grunewald, L., Gartmann-Skambracks, A., Warschburger, P. (1999): Verhaltenstherapeutische Behandlung der kindlichen Adipositas. Kindheit und Entwicklung, 8, 206-217.

Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C., Wojtalla, N. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Asthma im Kleinkindalter: Eine Multizenter-Studie zu Notwendigkeit und Effekten eines Elterntrainings im stationären Kontext

von Schwerin, A.D., Warschburger, P. , Buchholz, T., Petermann, F.

Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen

Hintergrund

Eine chronische Erkrankung wie Asthma belastet die Betroffenen und deren Familien. Den Eltern erkrankter Kinder wird die gesamte medizinische und psychosoziale Versorgung übertragen. Die Komplexität der vielfältigen Anforderungen führt oftmals zu einer Überforderung der Eltern (Warschburger et al., in Druck). Trotz verbesserten Wissens über die Erkrankung und verbesserter Medikation verursachen gerade jüngere Kinder hohe Hospitalisierungsraten, die in den letzten Jahren national (Severin et al., 1998) und international (Farber, 1998; Goodman et al., 1998) sogar noch angestiegen sind. Zudem deuten internationale Ergebnisse daraufhin, dass es besonders bei frühzeitig manifestierendem Asthma der Entwicklung von sekundären Krankheitsfolgen (z.B. Verhaltensprobleme) vorzubeugen gilt (Mrazek et al., 1998). Es stellt sich die Frage, inwieweit Elternprogramme sich als eine wirksame Ergänzung zur ärztlichen Standardversorgung ausweisen können.

Ziel des Beitrages ist es, erste Ergebnisse einer multizentrischen Studie im Hinblick auf die folgenden Fragestellungen vorzustellen:

1. Welche Aussagen lassen sich zum Schulungsbedarf von Eltern asthmakranker Kleinkinder machen unter Einbeziehung von Belastungserleben, Lebensqualität, asthmaspezifischem Wissen und Selbstwirksamkeitseinschätzungen im Umgang mit der Erkrankung sowie des medizinischen Zustandes der Kinder?
2. Welche kurzfristigen Effekte lassen sich durch die Intervention auf Elternebene in den Parametern asthmaspezifisches Wissen und Selbstwirksamkeitseinschätzungen im Umgang mit der Erkrankung erzielen?

Methodik

Design

Über ein längsschnittlich angelegtes Vergleichsgruppen-Design wird die Effektivität eines Trainings im Kontext einer stationären Rehabilitationsmaßnahme anhand einer angestrebten Stichprobe von insgesamt 200 Eltern asthmakranker Kleinkinder im Alter bis zu sieben Jahren sowie die Kinder selbst. Es sind vier Messzeitpunkte vorgesehen, zu Beginn und unmittelbar nach, sowie ein halbes und ein Jahr nach Ablauf der Rehabilitationsmaßnahme. Die Intervention sowie die Messinstrumente wurden im Rahmen einer vorangestellten Pilotphase auf ihre Praktikabilität, Validität bzw. testtheoretische Itemkennwerte überprüft und entsprechend modifiziert.

Effektparameter und Erhebungsmethoden

Die Erfassung der medizinischen Parameter erfolgt über eine umfangreiche Arztdiagnostik und Elternbefragung. Über standardisierte Messinstrumente werden die Lebensqualität und die Belastung der Eltern erfasst. In der Pilotphase getestete selbstentwickelte Messinstrumente erfassen asthmaspezifisches Wissen und die Selbstwirksamkeitseinschätzungen im Umgang mit den Anforderungen im Krankheitsmanagement.

Ergebnisse

Das Mediatorentraining für Eltern asthmakranker Kleinkinder wird gegenwärtig in vier Rehabilitationskliniken im gesamtdeutschen Raum auf seine mittel- und langfristige Wirksamkeit hin überprüft. Erste Ergebnisse liegen Anfang 2000 vor. Es wird erwartet, dass sich in einem Prä-Post-Vergleich die Effekte des Training in den oben genannten Effektparametern auf der Ebene der Eltern abbilden lassen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch eine frühzeitige Intervention und die Einbeziehung von Bezugspersonen soll die Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen gesteigert werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird weiterhin untersucht, inwiefern sich langfristig die beschriebenen Veränderungsparameter auf Elternebene und auf Kindebene nicht nur in psychosozialen, sondern auch medizinischen und gesundheitsökonomischen Parametern abbilden lassen. Schließlich wird überprüft werden, inwieweit ein umfangreiches Verhaltenstraining einer primär auf Wissensvermittlung orientierten Schulung überlegen ist.

Literatur

Farber, H.J. (1998): Risk of readmission to hospital for pediatric asthma. Journal of Asthma, 35, 95-99.

Goodman, D.C., Stukel, T.A., Chang, C.H. (1998): Trend in pediatric asthma hospitalization rates: Regional and socioeconomic differences. Pediatrics, 101, 208-213.

Mrazek, D.A., Schuman, W.B. (1998): Early asthma onset: Risk of emotional and behavioral difficulties. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 247-254.

Severin, C., Friedrich, H.J. (1998): Entwicklung der Hospitalisationsraten für das Asthma bronchiale im Kindesalter. Monatsschrift Kinderheilkunde, 146, 951-956.

Warschburger, P., von Schwerin, A.D., Buchholz, T., Petermann, F. (in Druck): Eltern asthmakranker Kleinkinder: Notwendigkeit und praktische Umsetzung eines Elterntrainings. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Asthma. Göttingen: Hogrefe.

Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Bronchialasthma - Ergebnisse der Multizenterstudie (ESTAR)

Bauer, C.P. (1), Kiosz, D. (2), Petermann, F. (3), Stachow, R. (4), ten Thoren, C. (3), Warschburger, P. (3), Buschmann-Steinhage, R. (5)

(1) Fachklinik Gaißach, Gaißach, (2) Fachklinik Satteldüne der LVA Schleswig-Holstein, (3) Psychologisches Institut der Universität, Bremen, (4) Fachklinik Sylt der LVA Hamburg, Westerland, (5) VDR, Frankfurt

In einem multizentrischen Ansatz wurde deutschlandweit der kurz-, mittel-und langfristige Rehabilitationserfolg anhand medizinischer (Diagnostik, Therapieoptimierung) und psychosozialer Parameter (Wissen, Verhalten, Selbstwirksamkeit, Angst, Lebensqualität) evaluiert.

Methodik

Es wurden 226 asthmakranke Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 16 Jahren (M=11,9) untersucht, die eine mehrwöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolvierten (RG). Die Kontrollgruppe (KG) bildeten 92 hausärztlich betreute Kinder und Jugendliche derselben Altersgruppe (M=11,25). Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews, Verhaltenstests sowie medizinische Diagnoseverfahren vor, zu Beginn, zum Ende, ein halbes und ein Jahr nach der Reha.

Ergebnisse

Während der Reha stiegen das Wissen ($p<.005$) ebenso wie die Verhaltensfertigkeiten im Gebrauch des Peak-Flow-Meters ($p=0,12$), der Ausübung der Lippenbremse ($p<.005$) sowie von atemerleichternden Stellungen ($p<.005$) an. Die Selbstwirksamkeit nahm zu ($p<.005$) und die Angst reduzierte sich bedeutsam ($p<.005$). Auch die Lungenfunktionsparameter FVC, FEV1 %, PEF und MEF50 verbesserten sich alle ($p<.005$). Es zeigten sich keine Einflüsse des Alters, des Geschlechts oder der Erkrankungsdauer. Gymnasiasten zeigten zu Beginn der Reha das grösste Wissen ($p<.005$) und verzeichneten den geringsten Zuwachs an Wissen ($p=.015$) und Verhaltensfertigkeiten ($p=.012$). Die Effekte waren auch 12 Monate nach der Reha nachweisbar und die Rehabilitationsgruppe zeigte sich der ambulanten Kontrollgruppe überlegen.

Mediatorentraining: Konzeption eines kognitiv-behavioralen Elternschulungsprogramms für asthmakranke und neurodermitiskranke Vorschulkinder

Warschburger, P., Buchholz, T., von Schwerin, A.D., Petermann, F.

Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen

Hintergrund der Studie

Die Prävalenz von Neurodermitis und Asthma ist bereits im Vorschulalter beträchtlich (Schäfer, 2000; von Mutius et al., in Druck). Beide Krankheitsbilder gehen mit der Gefahr erhöhter psychosozialer Belastungen der Kinder (Warschburger et al., 2000), aber auch auf Seiten der Eltern einher. Wie empirische Untersuchungen gezeigt haben, ist die psychosoziale Belastung, zumindest einer Gruppe, von Eltern beträchtlich. Zudem verfügen viele Eltern nicht über die notwendigen Fertigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit den Behandlungsanforderungen. Frühzeitige Interventionsangebote, die sich speziell an die Eltern betroffener Kleinkinder und ihrer spezifischen Probleme richten, wirken sich nicht nur auf der psychosozialen, sondern auch der medizinischen und gesundheitsökonomischen Ebene positiv aus (Warschburger, et al., in Druck). Die Behandlung chronisch kranker Kleinkinder zielt in erster Linie auf Selbstmanagement der betroffenen Eltern ab. Elternprogramme können dazu dienen:

- sie als Mitarbeiter beim Krankheitsmanagement oder gar
- als Hauptakteure zu befähigen.

Methodik der Schulung

Die Schulungsinhalte werden in sechs Sitzungen à 90 Minuten vermittelt. Jede Sitzung folgt einem identischen Aufbau und stellt ein zentrales Thema in den Vordergrund. Zusätzlich nehmen die Eltern gemeinsam mit ihrem Kind an einer Übungseinheit teil, wobei die praktischen Aspekte der Behandlungsumsetzung (Eincremen bzw. Inhalieren) im Mittelpunkt stehen. Alle Inhalte werden gemeinsam in der Gruppe erarbeitet und durch Folien zusammenfassend vom Trainer verdeutlicht. Die Eltern erhalten die wichtigsten Informationen als Kurzzusammenfassung. Als Strategien werden Wissensvermittlung, Wahrnehmungstraining, Fertigkeitstraining und soziale Kompetenzförderung sowie Rückfallprophylaxe eingesetzt.

Wissensvermittlung

Durch Folien, Poster etc. werden Wissensinhalte zu den einzelnen Bereichen (Ätiologie, Auslöser, Behandlung, Umgang mit der Erkrankung) vermittelt. Ziel ist es, das notwendige Problembewusstsein, das heißt Krankheits- und Behandlungseinsicht, zu fördern. Außerdem sollen die notwendigen Informationen zur Einleitung von Behandlungsmaßnahmen gegeben werden.

Wahrnehmungstraining

Die strukturierte Beobachtung und Protokollierung von Erkrankungsanzeichen und ihrer Begleiterscheinungen stellt einen wichtigen Aspekt in der Verhaltensmedizin dar. Tagebücher

sollen bei den Eltern nicht nur die korrekte Einschätzung und Attribution von Krankheitssymptomen, sondern auch die Wahrnehmung individueller Eigenheiten beim Kind fördern.

Fertigkeitstraining

Durch die Präsentation von Modellen, praktischen Übungen mit individueller Rückmeldung werden die für den Umgang mit der Erkrankung erforderlichen Fertigkeiten ausgebildet. Die Eltern erhalten hierüber nicht nur Informationsmaterial, sondern können in einer zusätzlichen Trainingseinheit unter individualisierter Betreuung die erforderlichen Fertigkeiten schrittweise einüben.

Soziale Kompetenzen und Emotionsregulation

Ziel ist der Aufbau kognitiver Bewältigungskompetenzen zur Bewältigung von stressreichen Situationen im Zusammenhang mit der Erkrankung. Die kognitiv-psychologische Sicht von Verhalten wird anhand einer exemplarischen Problemsituation aufgezeigt.

Transfer in den Alltag und Rückfallprophylaxe

Ziel ist die langfristige Umsetzung der Medikationsanforderungen im Alltag (Langzeitcompliance). Durch die Erarbeitung hinderlicher Faktoren und Verhaltensalternativen wird den Eltern ein erweitertes und flexibles Repertoire an Verhaltensstrategien an die Hand gegeben. Sie können sich – zumindest gedanklich und im Rollenspiel - auf ungünstige Situationen vorbereiten und Lösungswege erarbeiten. Der Trainer kann verhaltenstherapeutische Techniken (z.B. „contracting“ oder konsequentes Belohnen angemessenen Verhaltens) ergänzen.

Methodik der Studie

Das Vorgehen wird derzeit in vier stationären Rehabilitationskliniken erprobt. Hierzu sollen bei einer Gruppe von 200 Patienten (je 100 für Asthma und Neurodermitis) die vorgestellten Schulungen durchgeführt und auf ihre Akzeptanz hin untersucht werden. Die Ergebnisse dieser „Maximalschulung“ sollen einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden, die eine „Minimalschulung“ (n = 200) in Form von zwei primär wissensorientierten Einheiten erhält. Als Effektebenen werden neben dem Gesundheitszustand der Kinder, auch die Belastungen und Lebensqualität der Eltern sowie ihrer Kinder, das Wissen über und der Umgang der Eltern mit der Erkrankung sowie ihr Selbstwirksamkeitserleben betrachtet. Die Erhebungen erfolgen vor und nach der Schulung sowie ein halbes und ein Jahr nach deren Abschluss.

Literatur

Schäfer, Th. (2000): Diagnostik und Epidemiologie des atopischen Ekzems. In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Neurodermitis (S. 51-79). Göttingen: Hogrefe.

Von Mutius, E., Nowak, D. (in Druck): Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Asthma. Göttingen: Hogrefe.

Warschburger, P., Petermann, F. (in Druck): Asthma bronchiale – Grundlagen eines interdisziplinären Anwendungs- und Forschungsgebiets, In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Asthma. Göttingen: Hogrefe.

Warschburger, P., Petermann, F. (2000): Neurodermitis – Grundlagen eines interdisziplinären Anwendungs- und Forschungsgebiets. In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Neurodermitis (9–35). Göttingen: Hogrefe.

Warschburger, P., von Schwerin, A.D., Buchholz, T., Petermann, F. (in Druck): Eltern asthmakranker Kleinkinder: Notwendigkeit und praktische Umsetzung eines Elterntrainings. In F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Asthma. Göttingen: Hogrefe.

Längerfristige Ergebnisse des Adipositastrainings mit Kindern und Jugendlichen

Fromme, C. (1), Warschburger, P. (1), Petermann, F. (1), Oepen, J. (2), Wojtalla, N. (2)

(1) Zentrum für Rehabilitationsforschung, Universität, Bremen, (2) Viktoriastift, Bad Kreuznach

Hintergrund

Adipositas ist eine der häufigsten und gravierendsten Gesundheitsprobleme in unserer Gesellschaft. Mittlerweile ist fast jedes fünfte Kind davon betroffen. Nicht nur die medizinischen Folgen des massiven Übergewichts stellen ein großes Problem für die Betroffenen dar, sondern vor allem die psychosozialen Belastungen, die im Kindes- und Jugendalter im Vordergrund stehen. Entsprechend der multifaktoriellen Genese werden in der Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter multimodale Interventionsprogramme bevorzugt, die sich aus einer reduzierten Mischkost, gesteigerter Bewegung und einem Verhaltenstraining zusammensetzen; solche Programme haben sich zumindest kurzfristig als erfolgreich erwiesen (Brezinka, 1991; Haddock et al., 1994; Jelalian et al., 1999). Verhaltenstrainings sind anderen psychologischen Interventionen darin überlegen, überdauernde Veränderungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sicherzustellen. Das neuentwickelte Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen (Warschburger et al., 1999) umfasst verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken, die gezielt das Selbstmanagement fördern sollen. Vorgestellt werden hauptsächlich die längerfristigen Ergebnisse der Behandlung im stationären Rahmen, die sich neben den medizinischen Erfolgskriterien vor allem auf die psychosozialen Parameter und speziell auf die Gruppe der Jugendlichen konzentrieren; beide Aspekte wurden bislang nur selten berücksichtigt.

Methode

Die Evaluation des Vorgehens fand im Viktoriastift Bad Kreuznach statt. An der Studie nahmen insgesamt 197 adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 9 - 19 Jahren teil, die per Zufall einer Kontroll- (Bewegung, energiereduzierte Mischkost und Entspannung; n = 76) oder Experimentalgruppe (Bewegung, energiereduzierte Mischkost und Adipositastraining; n = 121) zugeteilt wurden. Die Erhebungen erfolgten zu fünf Messzeitpunkten: vor Beginn der Intervention zu Hause, zu Beginn und direkt am Ende der Intervention, ein halbes und ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme. Die Effekte wurden auf medizinischer (Gewichtsstatus, Blutwerte), verhaltensbezogener (Essverhalten, Selbstwirksamkeit) und psychosozialer Ebene (Lebensqualität, Angst) kontrolliert.

Ergebnisse

Die Kombination von Sport und Diät führte kurzfristig zu einer bedeutsamen Reduktion des Gewichtsstatus (F_{Zeit} = 234.67, $p < 0.01$). Das Trainingsprogramm hatte den zusätzlichen

Effekt, dass die Teilnehmer ein angemesseneres Essverhalten annahmen (F_{Gruppe} x Zeit = 22.78, $p < 0.01$). Langfristig, das heißt nach einem halben und einem Jahr, zeigten sich darüber hinaus die erwarteten Veränderungen und Gruppenunterschiede im Selbstwirksamkeitserleben und der Beurteilung der Lebensqualität: Die Selbstwirksamkeit hat sich nach Angaben der Kinder und Jugendlichen in der Trainingsgruppe deutlich ($F_{Gruppe \times Zeit}$ = 4.62, $p < 0.05$), die Lebensqualität tendenziell ($F_{Gruppe \times Zeit}$ = 3.27, $p = 0.08$) stärker verbessert als in der Kontrollgruppe. Der Gewichtsstatus stabilisierte sich im Verlauf eines Jahres in beiden Gruppen, wobei in der Trainingsgruppe mehr Kinder und Jugendliche als in der Kontrollgruppe als nicht mehr adipös zu bezeichnen sind (14,8 % versus 9,7 %). Diese Ergebnisse sollen um eine spezifische Betrachtung der Situation für die Jugendlichen ergänzt werden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse der Studie unterstützen das angewandte Vorgehen in psychosozialer und medizinischer Hinsicht und verdeutlichen die Notwendigkeit der umfassenden, langfristigen Evaluation. Darüber hinaus sollte zukünftig der Fokus auf die differentielle Wirksamkeit unterschiedlicher verhaltenstherapeutischer Strategien für adipöse Kinder und Jugendliche gelegt werden.

Literatur

Brezinka, V. (1991): Adipositas. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 20, 205-225.

Haddock, C.K., Shadish, W.R., Klesges, R.C., Stein, R.J. (1994): Treatments for childhood and adolescent obesity - meta-analysis. Annals of Behavioral Medicine, 16, 235-244.

Jelalian, E., Saelens, B.E. (1999): Empirically supported treatments in pediatric psychology: pediatric obesity. Journal of Pediatric Psychology, 24, 223-248.

Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C., Wojtalla, N. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: PVU.

Prädiktoren der Ergebnisqualität bei Schlaganfall-Patienten zwei Jahre nach Entlassung aus stationärer geriatrischer Rehabilitation

Meins, W., Meier-Baumgartner, H.P.

Zentrum für Geriatrie, Hamburg

Untersuchungen zum Langzeitergebnis der Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Schlaganfall liegen bisher kaum vor. So ist noch weitgehend ungeklärt, ob die aus Studien an überwiegend jüngeren Schlaganfall-Patienten gewonnenen Determinanten des Outcomes (Übersicht bei: Kwakkel et al., 1996) auch für geriatrische Patienten gelten. In der vorliegenden Arbeit werden die Determinanten für drei verschiedene Outcome-Variable dargestellt: nämlich Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und Pflegestufe.

Stichprobe und Methoden

Die hier vorgelegten Ergebnisse stammen aus der „Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie“ (PASS). Bei dieser Studie geht es um die Untersuchung von Behandlungsverläufen bei über 60jährigen Schlaganfall-Patienten nach stationär-geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen. Dazu wurden in der Medizinisch-Geriatrischen Klinik im Albertinen-Haus 302 konsekutive Patienten mit Schlaganfall in den Jahren 1995 bis 1997 eingeschlossen. Diese Kohorte wurde zu mehreren Zeitpunkten umfassend untersucht, zuletzt 24 Monate nach Entlassung. Bei Aufnahme wiesen 79,1 % einen Barthel-Index (BI) < 75 auf. Zwei Jahre nach Entlassung hatten 215 Patienten überlebt, von denen 185 untersucht werden konnten. Deren Alter betrug im Median 74 Jahre (60 bis 92), 54,6 % waren weiblich.

Unter den zahlreichen erhobenen klinischen und demographischen Variablen wurden die folgenden als potentielle Prädiktoren des Outcomes verwendet: Alter, Geschlecht, Vorverweildauer (≥ 23 / < 23 Tage), BI bei Aufnahme (< 50 / ≥ 50), Erstinsult (nein/ja), Urininkontinenz bei Aufnahme (ja/nein), Schwere des neurologischen Defizits anhand einer Kurzform der Scandinavian Stroke Scale bei Aufnahme (0-2 / 3-6), Aphasie bei Aufnahme (ja/nein), Schluckstörung bei Aufnahme (ja/nein), Sitzbalance bei Aufnahme (nein/ja), Lokalisation (rechts/links/ Hirnstamm oder cerebellär), ferner das Vorhandensein (ja/nein) ausgewählter Begleiterkrankungen, nämlich koronare Herzkrankheit (KHK), Hypertonie, Diabetes mellitus und Vorhofflimmern. Als Messung des Outcomes nach zwei Jahren wurden verwendet: BI (< 75 / ≥ 75), BI + IADL (BI < 75 / BI ≥ 75 und IADL ≥ 3) und Pflegestufe (0 / 1-3). Die IADL wurden für fünf Bereiche erfaßt: Telefonieren, Einkaufen, Benutzen von Verkehrsmitteln, Einnehmen von Medikamenten und Umgehen mit Geld.

Die statistische Analyse erfolgte zunächst univariat für jede einzelne Prädiktorvariable. Die statistisch signifikanten Prädiktoren ($p \leq 0{,}05$) wurden dann jeweils in eine schrittweise (vorwärts) logistische Regression einbezogen mit den o.g. (abhängigen) dichotomisierten Outcome-Variablen.

Ergebnisse

Nach 24 Monaten zeigten 98 von 185 (53,0 %) Patienten einen BI ≥ 75. 84 von 185 (45,4 %) erreichten einen BI ≥ 75 und zusätzlich mindestens 3 Punkte im IADL. In der Pflegestufe 0 befanden sich 57 von 185 (30,8 %), der Rest in Pflegestufe I bis III.

Die drei logistischen Regressionsanalysen ergaben folgende Ergebnisse. In Bezug auf den BI waren die folgenden Merkmale mit einem guten Outcome assoziiert ($p \leq 0,05$; in der Reihenfolge ihrer Bedeutung): BI ≥ 50, vorhandene Sitzbalance, männliches Geschlecht und Fehlen einer KHK.

In Bezug auf BI + IADL waren die folgenden Merkmale mit einem guten Outcome assoziiert: BI ≥ 50, keine Aphasie, Alter < 74 Jahre, keine KHK, keine rechtshemisphärielle Läsion und keine Inkontinenz.

In Bezug auf die Pflegeeinstufung waren die folgenden Merkmale mit einem guten Outcome assoziiert: BI ≥ 50, keine KHK, Erstinsult, Vorverweildauer < 23 Tage und vorhandene Sitzbalance.

Diskussion

Von den untersuchten Prädiktoren erwiesen sich BI und KHK als signifikante Prädiktoren für alle Outcomemessungen. Ansonsten unterscheiden sich die Prädiktoren für die jeweiligen Outcomemessungen recht deutlich. Damit werden Empfehlungen unterstützt, das Outcome nach Schlaganfall differenzierter als bisher zu erfassen (z.B. Kelly-Hayes et al., 1998).

Bei den von uns ermittelten Prädiktoren handelt es sich überwiegend um solche, deren Bedeutung im Rahmen der Schlaganfallrehabilitation durch andere Studien recht gut belegt ist (z.B. Falconer et al., 1994; Kwakkel et al., 1996; Wyller et al., 1997) und die überwiegend plausibel erscheinen. Die prädiktive Bedeutung der Aphasie und v.a. der KHK bedarf weiterer Untersuchungen, ebenso auch die Eignung der Pflegestufe als Outcome-Variable.

Literatur

Falconer, J.A., Naughton, B.J., Strasser, D.C., Sinacore, J.M. (1994): Stroke inpatient rehabilitation: A comparison across age groups. J Am Geriatr Soc 42, 39-44.

Kelly-Hayes, M., Robertson, J.T., Broderick, J.P. et al. (1998): The American Heart Association stroke outcome classification:Executive summary. Circulation 97, 2474-2478.

Kwakkel, G., Wagenaar, R.C., Kollen, B.J., Lankhorst, G.J. (1996): Predicting disability in stroke – a critical review of the literature. Age Ageing 25, 479-489.

Wyller, T.B., Sodring, K.M., Sveen, U. et al. (1997): Are there gender differences in functional outcome after stroke? Clin Rehabil 11, 171-179.

Bedeutung und Ergebnisse einer geriatrischen Rehabilitation in einer orthopädisch-rheumatologischen

Vogt, R.

Weserlandklinik, Petershagen

Hintergrund

In der Weserlandklinik werden mit einem Anteil von über 70 % überwiegend Patienten nach Operationen am Bewegungsapparat im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen betreut. Bezeichnend ist, dass aufgrund eines Anstiegs des Patientenalters und einer Zunahme der Polymorbidität immer mehr dieser Patienten nicht die Voraussetzung für eine herkömmliche Rehabilitationsbehandlung, - nämlich aktiv an der Rehabilitation mitzuwirken und über die dafür erforderliche Mobilität zu verfügen -, erfüllen. Seit 1996 verfügt die Klinik daher über eine 12 Betten umfassende geriatrische Station.

Zielsetzung

Anhand von 100 Rehabilitationsverläufen von Patienten, die während eines Zeitraumes von ca. 10 Monaten auf der geriatrischen Station betreut wurden, sollte zum einen das Outcome einer orthopädisch-geriatrischen Rehabilitation gemessen werden; zum anderen wurden Art und Häufigkeit der AHB-Diagnose als auch der Nebendiagnosen erfasst, um somit eine Aussage über Co- und Polymorbidität des zu betreuenden Patientenklientels geben zu können.

Methodik

Bei allen Patienten, die auf der geriatrischen Station betreut werden, wird routinemäßig zur Erfassung des Reha-Ergebnisses einen Tag nach Aufnahme und einen Tag vor Entlassung der Barthel-Index erhoben. Er stellt eine gewichtete Skala zur Messung grundlegender ADL-Fähigkeiten bei Patienten mit neuromuskulären und muskuloskelettalen Krankheiten dar und ist als signifikanter Prädiktor für Rehabilitationsergebnisse anerkannt. Maximal können 100 Punkte erreicht werden.

Alle Patienten erhalten neben anderen physikalisch-therapeutischen Maßnahmen, deren Art und Umfang u.a. von den Begleiterkrankungen und vom Allgemeinzustand abhängt und limitiert wird, 5- 6 mal / Woche mindestens 1-2 x tägl. 30 Min. physiotherapeutische Einzeltherapie.

Zur Auswertung kamen alle Behandlungsfälle des Zeitraumes 08/97 bis 06/98, Endpunkt war eine Fallzahl von 100 behandelter Patienten, in diesem Fall 23 Männer und 77 Frauen.

Das durchschnittliche Alter betrug 78,7 +/- 11,88 Jahre.

Ergebnisse

Die durchschnittliche Verweildauer betrug 27,17 +/- 10 Tage. Im Mittelwert wurde zum Aufnahmezeitpunkt einen Barthel-Index von 57 Punkten gemessen, 63 % der Patienten erreichten zum Entlassungszeitpunkt 80 und mehr Punkte, im Mittel wurde ein Zuwachs um 22,9 Punkte erzielt.

Der größte Therapiegewinn ließ sich erwartungsgemäß mit einer Zunahme von über 100 % bei den Mobiltätsitems erzielen (Gehen, Treppensteigen, Rollstuhlumgang und Transfer).

Auch bei den ADL's, die teilweise oder ganz von der Locomotion abhängig sind, wie das An- und Auskleiden und selbständiges Waschen/Duschen ließen sich deutliche Steigerungszahlen erreichen.

In 3 Fällen konnte keine Verbesserung erzielt werden, in 2 Fällen trat eine Verschlechterung auf. Bei jedem dieser 5 Fälle führten therapieunabhängige Komplikationen, in 3 Fällen eine Exazerbation von Begleiterkrankungen zu der Verschlechterung des REHA-Ergebnisses.

Die häufigsten Begleiterkrankungen waren Herz- und Kreislauferkrankungen, von denen 79 Patienten betroffen waren, gefolgt von zusätzlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates (63 %) und neurologischen Erkrankungen mit vornehmlicher Störung der Mobilität (31 %). 25 Patienten vereinten 5 und mehr Diagnosen auf sich, lediglich bei 5 % der Patienten lag lediglich die Einweisungsdiagnose vor.

Zusammenfassung

In der Weserlandklinik wurden insgesamt 100 geriatrische, z.T. polymorbide Patienten wegen einer orthopädischen Erkrankung im Rahmen einer stationären Behandlung rehabilitiert. Nach einer durchschnittlichen Verweildauer von 27 Tagen ließ sich der Barthel-Index um mehr als 22 Punkte anheben. In den meisten Fällen ließ sich somit eine Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. die Selbständigkeit nach vorübergehender Pflegebedürftigkeit wieder herstellen. Es konnte wie auch schon in anderen Untersuchungen gezeigt, erneut dargestellt werden, dass der Mobilitätsgrad häufig über Pflegebedürftigkeit oder Selbständigkeit entscheidet, da die Locomotion die Grundlage körperbezogener Verrichtungen wie Waschen, Anziehen, Toilettengang und auch aller hauswirtschaftlicher Tätigkeiten darstellt.

Ein gutes Rehabilitationsergebnis lässt sich allerdings bei dieser Patientenklientel nur mit einem erheblichen zeitlichen, personellen und materiellen Mehraufwand erzielen.

Literatur:

DeLisa, J.A. et al., (1993): Rehabilitation Medicine – Principles and Practice. 2. e.d., Philadelphia.

Meier-Baumgartner, H.P. (1991): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psycho-sozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Bundesministerium für Jugend; Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn.

Runge, M., Rehfeld, G. (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team, Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York.

Wagner, K.A. (1987): Outcome Analysis in Comprehensive Medical Rehabilitation. In Fuhrer, M.J. (e.d.): Rehabilitation Outcomes - Analysis and Measurement. Baltimore, London, 19-28.

Therapie funktioneller Defizite bei Lähmungen mittels Elektrostimulation

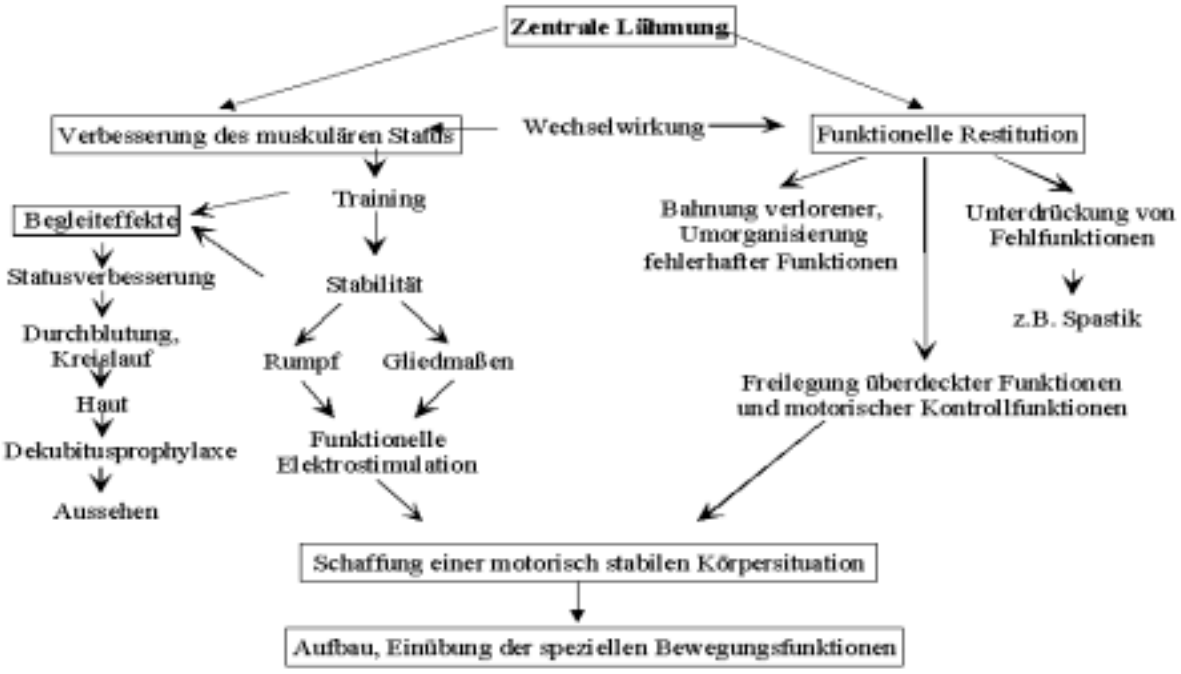
Eck, U. (1), Scheffler, E. (2), Hohn, H. (2), Vossius, G. (1)

(1) Institut für Biomedizinische Technik der Universität, Karlsruhe, (2) Abt. Reha-Geriatrie des Diakonissenkrankenhaus, Karlsruhe

Einleitung

Zentrale Lähmungen weisen eine Reihe von sekundären Folgeerkrankungen auf, wie Spastik, Kontrakturen und Instabilitäten des Skelettsystems, die samt ihren funktionellen Defiziten oft erfolgreich mittels Elektrostimulation gemildert bis völlig behoben werden können (Hufschmidt, 1968; Vossius, 1990). Die Methode selbst ist anspruchsvoll, denn sie erfordert eine ausgefeilte Mehrkanalstimulationstechnik, die auch bei temporären Lähmungen über große Zeiträume, bis zu mehreren Jahren, täglich bis mehrmals wöchentlich durchgeführt werden muss. Andererseits besitzt sie einige Vorteile: Mit ihr kann - fast - jeder Muskel getrennt aktiviert werden; fachgerecht appliziert hat sie keine Nebenwirkungen; die oft hohen Medikamentendosierungen - besonders bei Spastik - können reduziert werden, nicht selten bis zum Absetzen; außerdem ist die Methode Therapeut - Patient interaktiv, d.h. die Therapie kann vom Patienten zu Hause durchgeführt werden. Sie muss nur vom Therapeuten in regelmäßigen, sich verlängernden Abständen überwacht werden.

Abb. 1: Zielsetzung der modernen Elektrostimulation im Zusammenwirken mit anderen Rehabilitationsmaßnahmen



Die bisherigen Arbeiten haben gezeigt, dass bei ausreichender Minderung schwerer Sekundärfolgen die Patienten wieder mit begleitenden klassischen Therapien behandelbar sind und bei temporären Lähmungen die motorischen Funktionen mehr oder weniger wiederhergestellt werden können. Dies trifft insbesondere auch für sogenannte "schlafende" Funktionen zu, bei denen der zentralnervöse Defekt ausgeheilt ist, die aber nicht mehr willkürlich aufgerufen werden können.

Insbesondere ist es von Interesse zu wissen, wie lange nach dem Lähmungseintritt noch Aussicht auf einen Therapieerfolg besteht. Bisher besitzen wir positive Erfahrungen für einen Zeitraum bis etwa 20 Jahre. Studien hierüber sind uns nicht bekannt. Als Beispiel dafür, dass dieser Zeitraum anscheinend auch deutlich länger sein kann, soll hier ein 80-jähriger Patient vorgestellt werden:

12/42: Gehirntrauma rechte Zentralwindung (Granatsplitterverletzung). Folgen linksseitig:

- Fazialislähmung ohne Spastik mit starker Muskelatrophie
- schwere spastische Lähmungen im Bereich der Schulter und oberen Extremität mit Kontrakturen und ausgeprägter Muskelatrophie
- Parese der unteren Extremität mit anscheinend teilweiser Rückbildung, derzeit Gehen mit Stock und Peronäusschiene möglich.

43-97: Krankengymnastische Therapie, keine Besserung der Spastik

9/97: Beginn der Elektrostimulationsbehandlung

Methodik

- Austestung der Reizbarkeit der einzelnen Muskeln
- Festlegung der Reizorte und der Reizparameter durch Arzt und Physiotherapeut, siehe Schema 2
- Einweisung von Patient und Partner
- Beginn der täglich durchzuführenden Therapie mit 2 Hz zum sorgfältigen Muskeltraining (cave Ermüdung!) und zur Spastiklösung, allmähliche Steigerung der Frequenz von 2 bis 20 Hz zur Erzielung von Bewegungsfunktionen
- Zunächst wöchentliche, später monatliche Überprüfung der Stimulationsdurchführung

Derzeitiger Stand der Therapie

Gesicht

Wenige Monate nach Therapieanfang beginnende Mitbewegung der gelähmten Muskulatur mit der gesunden Seite. Ab 6. Monat beginnende unabhängige Willkürkontrolle der linksseitigen Gesichtsmuskulatur, u.a. beidseitiges Lachen und Kauen. Heute ausgewogene beidseitige Ausprägung des Muskelspiels.

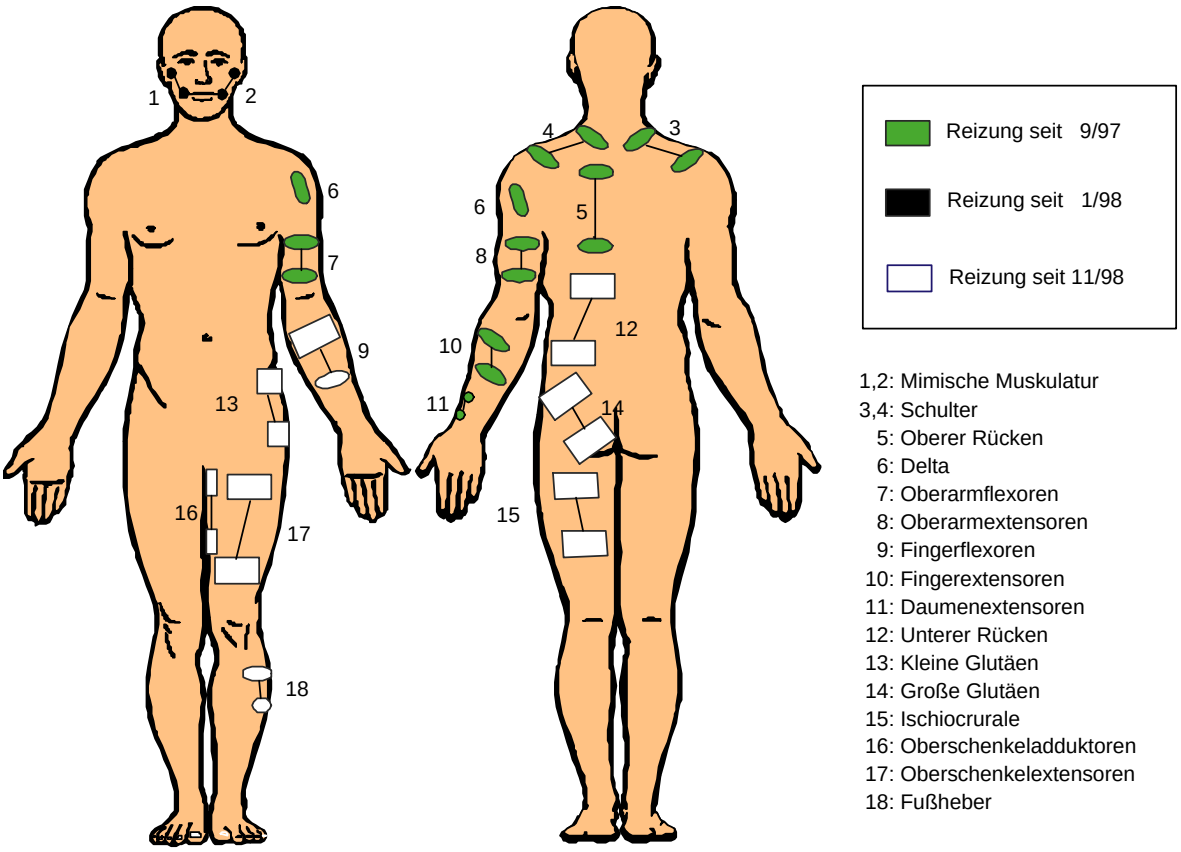
Oberkörper/obere Extremität

Ausgeprägter Rückgang der Spastik mit starker Kräftigung der Muskulatur. Deutliche Besserung der Fehlstellungen und der Kontrakturen. Normalisierung der Körpersymmetrie und Besserungen der Bewegungsfunktionen verbunden mit Schmerzfreiheit im Schulter-Halsbereich.

Rumpf/untere Extremität

Allgemeine Besserung von Kraft und Bewegungsfunktionen, insbesondere Stabilisierung des Rumpfes und der Gelenke, Behebung einer ausgeprägten Adduktorenschwäche, Verbesserung von Gangbild und Ausdauer.

Abb. 2: Elektrodenlagen



Diskussion

Die guten Fortschritte der von uns behandelten Patienten zeigen, dass durch konsequente therapeutische und anschließend funktionelle Elektrostimulation, TES und FES, auch lange bestehende, ausgedehnte, spastische Paresen und deren Begleiterscheinungen erfolgreich therapiert werden können. Die Methode stellt damit eine Erweiterung des Therapiespektrums zur Behandlung von Lähmungen im Bereich des moto-sensorischen Systems dar. Im vorgestellten Fall bewirkte sie 55 Jahre nach Lähmungseintritt die

- Restitution schlafender Funktionen (Facialisparese)
- Reduktion der Spastik mit Minderung der Kontrakturen
- Wiedererlangung von Bewegungsfunktionen verbunden mit größerer Selbständigkeit
- Förderung von Bewegungsfunktionen, die altersbedingt vielfach besonders als Folge von Traumata auftreten

Literatur

Hufschmidt, H.J. (1968): Die Spastik: Theroretische Überlegungen zu einer neuen Therapie, Der Nervenarzt 39, 2-11.

Vossius, G. (1990): Der Einsatz der Funktionellen Elektrostimulation in der klinischen Rehabilitation, Med-Orthop. Technik 110, 244-250.

Vossius, G., Frech, R. (1996): Parameters controlling antispastic electrical stimulations: Clinical application and theroretical considerations, Neuroprosthetics, Eds. Pedotti, A. et al; Springer Berlin, Heidelberg, 437-446.

Beeinflussung von Selbstpflegedefiziten durch Mobile Rehabilitation – Eine Evaluationsstudie der Mobilen Rehabilitation der Kreuznacher Diakonie

Schulz, M., Schmidt-Ohlemann, M., Behrens, J.

Fulda

Einleitung

Vor dem Hintergrund demographischer Entwicklung mit einem zunehmenden Anteil alter Menschen und dem sich daraus ergebenden veränderten Krankheitspanorama mit einer Schwerpunktbildung auf chronischen und degenerativen Krankheiten ist der ansteigende Bedarf an stationärer und ambulanter (mobiler) geriatrischer Rehabilitation und pflegerischer Versorgung klar erkennbar. Während bei Experten, anders als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, große Übereinstimmung darüber herrscht, dass dem Ausbau der geriatrischen Rehabilitation ein hoher Stellenwert beizumessen ist, fehlt es weitgehend an zukunftsweisenden Konzepten zur adäquaten rehabilitativen Versorgung dieser Patientengruppe.

Die Mobile Rehabilitation Bad Kreuznach, die aus einem durch das BMG bzw. durch das Land Rheinland-Pfalz geförderten Projekt hervorgegangen ist und sich seit April 1996 in der Regelfinanzierung befindet, ist bisher eine von ca. zehn vergleichbaren Einrichtungen, die helfen, den gesetzlichen Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ (SGB XI) umzusetzen (Winkler, 1998).

Mobile Rehabilitation ist mit einem ärztlich geleiteten interdisziplinären Team, dem Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden und Rehabilitationspflegekräfte angehören, im häuslichen Umfeld des Patienten tätig. Da Rehabilitation im häuslichen Umfeld im Sinne des ICIDH auf die drei wichtigen Dimensionen Fähigkeitsstörung (Activity), Anforderungen bzw. Belastungen (Participation) und Ressourcen (Kontextfaktoren) einwirkt, hat sie eine hohe Reichweite (Schmidt-Ohlemann, 1998). Obwohl Mobile Rehabilitation als vielversprechender Ansatz gilt, liegen bisher kaum wissenschaftliche Ergebnisse zur Outcome-Qualität vor. Lediglich Boden konnte im Rahmen einer Dissertation funktionelle und gesundheitliche Verbesserungen einer unter der Behandlung Mobiler Rehabilitation nachweisen (Boden, 1997). Vor diesem Hintergrund wurde unter besonderer Berücksichtigung der (messbaren) Veränderbarkeit von Selbstpflegedefiziten in der Mobilen Rehabilitation Bad Kreuznach eine Evaluationsstudie durchgeführt.

Methodik

Es wurde eine nichtexperimentelle prospektive Programmevaluationsstudie im Rahmen einer Fallkontrollstudie mittels eines Prä-/Postvergleiches durchgeführt. Kernelemente des Instrumentariums sind der Barthel-Index und eine modifizierte Form des „Rehabilitation-Activty-Profile – RAP“, welches sich konzeptionell auf den ICIDH stützt (Beckermann et al., 1998; Jochheim, 1996). 47 Patienten, die innerhalb von vier Monaten aufgenommen wurden, wurden zu Beginn und nach Beendigung in ihrem häusliche Umfeld untersucht. Für die Durchführung der Assessments war für alle Patienten ein und dieselbe Person zuständig.

Ergebnisse und Diskussion

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 70,4 Jahren, wobei der Median bei 77 Jahren lag. Dies erklärt sich durch den Umstand, dass Patienten aller Altersstufen aufgenommen werden können. Ca. 20 % der Patienten haben das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet. Der Aufenthaltsort der Patienten vor Beginn der Mobilen Rehabilitation war zu 55 % das Akutkrankenhaus, zu 15 % die Rehabilitationsklinik und zu 30 % waren die Patienten bereits Zuhause. 40 % der Patienten wurden der Diagnosegruppe „Apoplex“ zugerechnet, 32 % litten an „Gelenkerkrankungen bzw. Frakturen“, 15 % hatten „neurologische Erkrankungen“ und bei 13 % wurden „sonstige Diagnosen“ gestellt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 18 Wochen, wobei durchschnittlich 38 Therapieeinheiten von ca. 60-minütiger Dauer (2,1 Einheiten pro Woche) im häuslichen Umfeld des Patienten durchgeführt wurden.

Tab. 1: Die Barthel-Index - Mittelwerte

	T1	**T2**
insgesamt	46,9	59,4
Männer	49,7	60,0
Frauen	45,0	58,9
< 80 Jahre	48,6	59,7
≥ 80 Jahre	45,4	59,6
Apoplex	42,4	53,4
Gelenkerkr.	57,3	71,6
neurol. Erkr.	40	43,6

Die Barthel-Index Werte liegen mit 46,9 Punkten zu Beginn der Therapie deutlich niedriger als bei einer vergleichbaren stationär geriatrisch-rehabilitativ versorgten Gruppe. Dieser Wert konnte im Rahmen der Behandlung auf 59,4 Punkte gesteigert werden, wobei den größten Sprung die Patientengruppe macht, die vorher im Krankenhaus gewesen ist, wo das Akutereignis also noch nicht so lange zurückliegt.

Im Rahmen des Rehabilitation Activty Profile wurden 46 Items zu den Themen alltägliche Beschäftigung, Kommunikation, Mobilität und Selbstpflege erhoben. Es konnte gezeigt werden, dass die meisten Veränderungen unter einer Therapie durch die Mobile Rehabilitation im Bereich der Mobilität“ (37 %), gefolgt von „alltäglicher Beschäftigung“ (30 %), „Selbstpflege“ (26 %) und „Kommunikation“ (7 %) auftreten.

Die Therapeuten des Teams bewerteten den Rehabilitationsverlauf in 20 % als „sehr erfolgreich“, in 63 % als „erfolgreich“ und in 17 % als „nicht erfolgreich“. Dabei kommt der Einbeziehung von Angehörigen („significant others“) im Konzept Mobiler Rehabilitation ein hoher Stellenwert zu. Bei 36 % stand die Angehörigenarbeit im Vordergrund, 32 % lebten alleine und in 32 % der Fälle wurden anwesende Angehörige kaum in die Therapie integriert.

Ein weiteres wichtiges Element ist die Hilfsmittelversorgung, wobei zu berücksichtigen ist, dass Mobile Rehabilitation Hilfsmittel im häuslichen Umfeld erprobt und deren Nutzung mit den Beteiligten einübt, wodurch Nutzungsgrad und Akzeptanz des Hilfsmittels durch den Patienten wesentlich gesteigert werden können. In 17 % der Fälle stand die Hilfsmittelversorgung im Vordergrund, in 63 % der Fälle wurden Hilfsmittel verschrieben, wobei die Hilfsmittelversorgung aber nicht im Vordergrund stand, in 20 % der Fälle wurden keine Hilfsmittel verschrieben.

Es konnte nachgewiesen werden, dass durch Mobile Rehabilitation die Alltagsfähigkeit des Patienten gesteigert werden konnte. Aus den Ergebnissen ist abzuleiten, dass Mobile Rehabilitation einen wirksamen Beitrag zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Rente“ leisten kann.

Literatur

Beckermann, H., Roelofsen, E.E. (1998): The Rehabilitation Activities Profile as a quality assurance System for the interdisziplinary Rehabilitation Team. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg).: 6th European Congress on Research in Rehabilitation. Frankfurt am Main: WDV-Wirtschaftsverlag.

Boden, K. (1997): Der Einfluss der Mobilen Rehabilitation auf die Selbständigkeit und Kompetenz bei geriatrischen Patienten – Dissertation. Berlin, unveröffentlicht.

Jochheim, K.A. (1996): Die internationale Klassifikation der WHO und ihre Bedeutung für Assessment und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation. Krankengymnastik (KG), Nr.6., 819-832.

Schmidt-Ohlemann, M. (1998): Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Versuch einer Standortbestimmung. In: Schmidt-Ohlemann et al.: Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft, Universitätsverlag Ulm.

Winkler, W. (1998): Mobile Rehabilitation – Die Chance im modernen Gesundheitswesen – Ergebnisse von Modellvorhaben des Bundesministeriums. In: Schmidt-Ohlemann et al.: Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft, Universitätsverlag Ulm.

Schlafstörungen im Alter

Hohn, H. (1), de Jong, A. (2)

(1) Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe, Abt. Rehageriatrie, (2) Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe, Apotheke

In der Geriatrischen Rehabilitation klagen die Patienten häufig über Schlafstörungen. Die Patienten sind oft auf ein bestimmtes Medikament, zumindest psychisch, fixiert.

Es sollte untersucht werden, wie geriatrische Patienten ihre Schlafstörung einschätzen, welche Medikamente sie dagegen einnehmen, und ob sich ein Zusammenhang zwischen Schlafmedikation und Stürzen mit Frakturen zeigt.

In einer anfallenden Stichprobe wurden sämtliche Patienten, die in der Zeit vom 25.05.1999 bis zum 30.06.1999 zur geriatrischen Rehabilitation aufgenommen wurden, nach Schlafstörungen und Schlafmedikation befragt.

In dieser Zeit wurden 97 Patienten aufgenommen und befragt - 76 % Frauen, 24 % Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 80,52 Jahren (bei Männern 77,52 Jahren, bei Frauen 81,45 Jahren).

Ergebnisse

Schlafstörungen allgemein

42 % der Patienten gaben an, keine Schlafstörungen zu haben. Über Schlafstörungen klagten 58 %, davon etwa 25 % über leichte, ca. 25 % über mittlere und 8 % über schwere Schlafstörungen.

Von den 56 Patienten, die über Schlafstörungen klagten, gaben 42,86 % an, Einschlafstörungen zu haben, 19,64 % klagten Durchschlafstörungen und 17,86 % Ein- und Durchschlafstörungen.

44,64 % litten seit Jahren unter Schlafstörungen, 10,71 % seit der Erkrankung, 44,64 % konnten sich an den Beginn nicht erinnern.

Schlafstörungen und Medikamente

Es wurde weiter untersucht, welche Medikamente die Patienten mit Schlafstörungen einnehmen. Bei der Aufnahme hatten 37,5 % Tranquilizer, 19,64 % pflanzliche Schlafmittel, 12,5 % Neuroleptika, 5,36 % Thymoleptika und 5,36 % moderne Hypnotika.

Bei der Entlassung hatten 30,36 % moderne Hypnotika, 23,21 % pflanzliche, 12,5 % Neuroleptika, 10,71 % Thymoleptika und 7,14 % Tranquilizer.

Die Tranquilizer, die die Patienten bei Aufnahme hatten, waren sämtlich aus der Gruppe mit einer langen Halbwertszeit mit mehreren Stunden. Bei der Entlassung hatten die Patienten statt dessen Medikamente mit einer wesentlich kürzeren Halbwertszeit.

Die Preise dieser Medikamente liegen allerdings wesentlich höher.

Schlafstörungen und Diagnosen

In der geriatrischen Rehabilitation werden nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg folgende Diagnosegruppen behandelt:

- Schlaganfälle
- Frakturen
- Amputationen
- verzögerte Rekonvaleszenz bei den verschiedensten Erkrankungen.

Im Folgenden haben wir zwei Gruppen gebildet: Frakturen und übrige Diagnosen.

Zunächst wurde untersucht, wie sich die Schlafstörungen bei Frakturen und anderen Diagnosen verteilten.

Bei den Frakturen hatten 50 % keine Schlafstörungen, 16,67 % leichte Schlafstörungen, 26,19 % mittlere und 7,14 % schwere Schlafstörungen.

Bei den übrigen Diagnosen hatten 36,36 % keine, 30,91 % leichte, 23,64 % mittlere, 9,09 % schwere Schlafstörungen.

Schlafmedikation + Diagnosen

Von den 42 Patienten mit Frakturen hatten bei der Aufnahme 19,05 % Tranquilizer mit langer Halbwertszeit, bei Entlassung 0 %.

Dafür hatten 23,81 % bei Entlassung moderne Hypnotika (in erster Linie Zolpidem).

Bei den übrigen Diagnosen hatten von den 55 Patienten bei der Aufnahme 21,82 % Tranquilizer, bei der Entlassung noch 7,27 %. 12,73 % hatten moderne Hypnotika.

Beim Vergleich zwischen Aufnahme-Medikation bei Frakturen und den übrigen Diagnosen zeigt sich, dass kein wesentlicher Unterschied, vor allem bezüglich der Tranquilizer-Einnahme besteht (19,05 % bei Frakturen, 21,82 % bei übrigen Diagnosen).

Auch in der statistischen Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test fand sich bei der Fragestellung Fraktur und Schlafmedikation kein bedeutsamer Zusammenhang. Auch ein Zusammenhang mit Schlafstörungen allgemein und dem Schweregrad der Schlafstörungen wurde nicht gefunden.

Mit logistischer Regression wurde überprüft, ob Schlafstörungen, Medikamente - vor allem Tranquilizer - oder das Alter ein Risikofaktor für Frakturen darstellen. Tendenziell stellt bei dieser Untersuchung nur das Alter einen Risikofaktor dar.

Diskussion

Die anamnestischen Angaben der Verteilung der Schlafstörungen (keine 42 %, leichte 25 %, mittlere 25 %, schwere 8 %) entsprechen in etwa den Angaben, die von jüngeren Patienten bekannt sind. (41 % leichte bis mittelschwere und 4 % schwere Schlafstörungen - Clarenbach P 1997, Hajak G. noch nicht veröffentlicht).

Insgesamt nahmen 36 Patienten Medikamente, um zu schlafen. Das sind 37 % von 97 Patienten. Die Angaben in der Literatur für die Einnahme "psychoaktiver Medikamente" schwanken zwischen 10 % bei älteren Menschen, die daheim leben und 43 % bei Pflegeheimbewohnern (Sorock, 1988).

19 % der Patienten, die eine Fraktur erlitten hatten, nahmen wegen Schlafstörungen als Schlafmittel Tranquilizer mit einer langen Halbwertszeit. Die meisten Studien (Cumming et al., 1999) berichten von einem höheren Sturzrisiko bei Patienten, die Tranquilizer mit einer langen Halbwertszeit einnehmen. So wird das relative Risiko für einen Sturz mit Fraktur zu erleiden bei diesen Tranquilizern mit dem Faktor 1,8 angegeben. Bei Benzodiazepinen mit kurzer Halbwertszeit mit dem Faktor 1,1. Es gibt aber auch Studien, die den Zusammenhang zwischen Frakturen und Benzodiazepinen nicht gefunden haben (Grisso et al. 1991, Stevens et al., 1989, Taggert, 1988, Weintraub et al.,1193). Auch wir fanden bei unseren Patienten keinen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen Frakturen und Tranquilizern oder anderen psychoaktiven Medikamenten. Allerdings sind die Fallzahlen gering. Dennoch haben wir bei den Patienten, die Frakturen erlitten hatten, sämtliche Tranquilizer durch moderne Hypnotika mit kürzerer Halbwertszeit ersetzt. Bei den anderen Diagnosen wurden die Tranquilizer erheblich reduziert und durch moderne Hypnotika und andere Medikamente ersetzt.

Es ist geplant, in einer weiteren, größer angelegten Studie über einen längeren Zeitraum auch die Ursachen für Stürze genauer zu analysieren und den Einfluss von psychoaktiven Medikamenten zu überprüfen.

Literatur

Clarenbach, P., Müller, M. (1997): Diagnostik u. medikamentöse Therapie der Schlaflosigkeit. Psycho 23, Sonderausgabe II/10, 78-83.

Cumming, R.G., Klineberg, R.J. (1993): Psychotropics, thiazide diuretics and hip fractures in de elderly. The Medical Journal of Australia, Vol. 158, 1993, 414-417.

Grisso, F.A., Kelsey, J.L., Strom, B.l. et al. (1991): Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women, N. Engl. J. Med. 1991, 324, 1326-1331.

Koch, H. (1980): Utilization of psychotropic drugs in office based ambulatory care, National Ambulatory Medical Car Survey, 1980-1981.

Ray, W.A., Federspiel, C., Schaffner, W. (1980): A study of antipsychotic drug use in nursing homes: epidemiologic evidence suggesting misuse. Am J. Public Health, 70. 485-491.

Ray, W.A., Griffin, M.R. (1989): Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture, Iama Dec. 15, Vol. 262, No. 23.

Renteln-Kruse, W. von (1997): Stürze im Alter und Pharmaka. Z. Gerontol. Ger. 30, 276-280.

Runge, M. (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Steinkopf Verlag.

Runge, M., Schacht, E. (1999): Proximale Femurfrakturen im Alter: Pathogenese, Folgen, Interventionen. Rehabilitation 38, 160-169.

Runge, M. (1997): Die multifaktorielle Pathogenese von Gehstörungen, Stürzen und Hüftfrakturen im Alter, Z. Gerontol. u. Geriatr. 30, 267-275.

Sorock, G.S.: Falls among the elderly: epidemiology and prevention, Am Journal of Prevent. Med., Vol. 4, number 5, 282-288.

Stevens, A., Mulrow, C. (1989): Drugs affecting postural stability and other risk factors in the hip fracture epidemic - case - control study. Community Med. 1989, 11, 27-34.

Taggert, H.M. (1988): Do drugs affect the risk of hip fracture in a elderly women, J. Am. Geriatric S., 36, 1006-1010.

Weintraub, M., Handy, B.M. (1993): Benzodiazepines and hip fracture: The New York State experience, Clinical Pharmacology and Therapeutics, September, 252-256.

„Aktiv Gesundheit fördern“ – Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung

Schäfer, H., Döll, S., Buschmann-Steinhage, R., Schliehe, F.

VDR, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Frankfurt am Main

Einführung

In der Praxis der Rehabilitation sowie bei den Fachleuten der Gesundheitswissenschaften besteht heute kein Zweifel mehr daran, dass die Gesundheitsbildung eine wichtige Säule des ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitationskonzepts darstellt. Im Rahmenkonzept der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Gesundheitsbildung als integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation, mit dem Ziel beschrieben, die Lebensqualität und die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitand(inn)en zu verbessern (VDR, 1996). Den Rehabilitationseinrichtungen stand zur Ausgestaltung der Gesundheitsbildung bisher das vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereits 1985 vorgelegte Seminarprogramm „Gesundheit selber machen“ zur Verfügung. Die Erfahrungen mit dem Programmpaket sowie die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften haben allerdings gezeigt, dass sowohl auf der Ebene der konzeptionellen Grundlagen als auch der didaktischen Umsetzung Überarbeitungsbedarf bestand. Als Ergebnis dieser Überarbeitung legt der VDR eine vollständig neue Seminarreihe zur Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation vor (VDR, im Druck). In die Entwicklung eingebunden waren zahlreiche Experten verschiedener Fachrichtungen sowie Praktiker der Gesundheitsbildung, die die einzelnen Programmelemente frühzeitig in ihren Rehabilitationseinrichtungen erprobt haben.

Schwerpunkte des neuen Gesundheitsbildungsprogramms

„Aktiv Gesundheit fördern“ ist als einführendes, indikationsübergreifendes Gruppenprogramm mit dem Ziel konzipiert, die an der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation beteiligten Personen und Berufsgruppen bei der Durchführung von entsprechenden Seminaren zu unterstützen. Die Materialien dienen der Einführung in die vertiefenden und krankheitsspezifischen Gesundheitsbildungsprogramme.

Grundlage der Neukonzeption bilden die Weiterentwicklungen im Bereich der Gesundheitswissenschaften, insbesondere die Entwicklung der Gesundheitserziehung hin zur Gesundheitsförderung. Diese legt zur effektiven Gestaltung der Gesundheitsbildung eine Erweiterung des traditionellen Risikofaktorenkonzeptes nahe, d.h. neben die Behandlung von Krankheiten und ihren Folgen rückt – gleichberechtigt – der Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Kompetenzen bzw. Schutzfaktoren. Die Schwerpunktverlagerung auf das Schutzfaktorenkonzept, das aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell und dem Modell der Salutogenese abgeleitet ist, wirkt sich auch in der didaktischen Vorgehensweise aus: Zentral für das nach dem Baukastenprinzip konzipierte Gesundheitsbildungsprogramm des

VDR sind die hohe Teilnehmerorientierung und die flexiblen Gestaltungsspielräume für die Referent(inn)en bei der praktischen Umsetzung (Schäfer et al., 1999).

Das Gesundheitsbildungsprogramm bietet neben einem Grundlagentext fünf Seminareinheiten zu folgenden Themen an: „Schutzfaktoren. Was hält uns gesund?“, „Essen und Trinken“, „Bewegung und körperliches Training“, „Stress und Stressbewältigung“ sowie „Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Sucht“. Alle Seminareinheiten bestehen jeweils aus einem theoretischen Teil mit Hintergrundinformationen zum Seminarthema (Sachtext) sowie mindestens einem praktischen Teil mit Lernzielen und Vorschlägen zur didaktischen Gestaltung des Seminars (Umsetzung).

Aktueller Stand und Perspektiven

Das neue Gesundheitsbildungsprogramm wurde als Verbandsempfehlung und damit als gemeinsame Grundlage für alle eigenen und Vertragskliniken der Rentenversicherung beschlossen. Vorgesehen ist, die Materialien im Frühjahr 2000 zu veröffentlichen. Die Implementatierung der neuen Materialien wird durch flankierende Maßnahmen wie Informationsveranstaltungen zu den Themen und Inhalten der Neukonzeption, Schulungen zur praktischen Umsetzung der Seminareinheiten sowie Trainingskurse zum Erlernen von Moderationstechniken unterstützt. Weiterhin sind qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen, die zum einen die Rückmeldung der Rehabilitand(inn)en und Anwender(innen) bei der Erprobung der neuen Reihe berücksichtigen und darüber hinaus in Form einer Programmevaluation auch längerfristig zu einer systematischen Verbesserung und Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation beitragen sollen.

Literatur

Schäfer, H., Döll, S. (1999): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 6-7, 434-445.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1996): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung 10-11, 633-665.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (im Druck): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stuttgart, Schattauer.

Die salutogenetische Perspektive des Gesundheitsbildungsprogramms für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung am Beispiel der Seminareinheit „Alltagsdrogen – zwischen Genuss und Sucht“

Döll, S. (1), Buschmann-Steinhage, R. (1), Worringen, U. (2)

(1) VDR, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Frankfurt, (2) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität, Würzburg

Die Bezeichnung „Alltagsdrogen" für Nikotin, Alkohol und psychoaktive Medikamente – soweit letztere in nicht medizinisch indizierter Weise verwendet werden – weist darauf hin,

dass der Konsum dieser Substanzen für viele Menschen mehr oder weniger zum Alltag gehört und nicht mit Kriminalisierung verbunden ist. Alltagsdrogen sind allgemein verfügbar und leicht zugänglich. Wie alle Drogen greifen sie in die natürlichen Abläufe des Organismus ein und beeinflussen Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren geht von etwa 1,7 Millionen Alkoholabhängigen, 2,7 Millionen Menschen mit missbräuchlichem und 4,9 Millionen mit riskantem Alkoholkonsum in Deutschland aus (Hüllinghorst et al., 1998). Medikamentenmissbrauch oder –abhängigkeit liegt bei schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen vor (Poser et al., 1996). Nach Zahlen der Repräsentativerhebung von 1995 rauchen ca. 43 % der Männer und 29,5 % der Frauen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Herbst et al., 1996). Man kann daher annehmen, dass auch in Rehabilitationseinrichtungen ein nennenswerter Anteil von Patient(inn)en Alltagsdrogen in missbräuchlichem oder riskantem Umfang konsumiert. Dies stellt für viele Rehabilitand(inn)en ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Für den Rehabilitationserfolg ist es häufig entscheidend, den Konsum dieser Alltagsdrogen zu reduzieren oder zu beenden.

Informationen über die Gesundheitsrisiken von Alltagsdrogen sind den meisten bekannt. Im persönlichen Verhalten werden immer wieder Entscheidungen getroffen, die Vor- und Nachteile miteinander abwägen. In eine solche Abwägung gehen wesentlich mehr Faktoren ein als die Bedeutung der (subjektiven) Gesundheit. Gesundheitsbildung sollte insbesondere beim Thema Alltagsdrogen versuchen, das bestehende Risikomanagement durch zusätzliche Handlungsspielräume zu erweitern, um die Möglichkeiten gesundheitsförderlichen Verhaltens zu verbessern. Die salutogenetische Orientierung bedeutet daher beim Thema Alltagsdrogen vor allem eine Erweiterung des klassischen Präventionsansatzes der Verhütung von (gesundheitsschädlichem) Drogengebrauch und dessen Folgeschäden um Aspekte persönlicher und sozialer Kompetenzen.

Der Konsum von Alltagsdrogen erfüllt individuell und sozial vielfältige Funktionen. Im Unterschied zur ausschließlichen Risikoorientierung wird der Konsum von Alltagsdrogen im vorliegenden Programm zur Gesundheitsbildung nicht als isolierter und abzustellender Risikofaktor betrachtet, sondern als Teil eines sozialen Prozesses, in dem das Individuum im Rahmen seiner Möglichkeiten, Vorlieben und Kompetenzen handelt und Entscheidungen trifft. Dies bedeutet auch, dass jede(r) bereits über vielfältige Kompetenzen und Ressourcen verfügt, die zu fördern oder auszubauen sind. Die unterschiedlichen Gründe für den Konsum von Alltagsdrogen werden akzeptiert und durch das Aufzeigen von Alternativen positiv aufgegriffen. Die Rehabilitand(inn)en lernen verschiedene Möglichkeiten kennen und können im Rahmen von konkreten Übungen neue Erfahrungen machen, um auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob es weniger gesundheitsschädliche Alternativen für sie gibt.

Im einzelnen werden in der Seminareinheit „Alltagsdrogen – Zwischen Genuss und Sucht“ (Döll et al., im Druck) folgende Ziele angestrebt:

1. Die Vermittlung grundlegender Informationen über Probleme im Umgang mit Suchtmitteln
2. Die Sensibilisierung für mögliche Gefährdungen
3. Das Verstehen der persönlichen Bedeutung von Alltagsdrogen, z.B. als Bewältigungsversuch

4. Die Motivierung zur Verhaltensüberprüfung und gegebenenfalls Verhaltensänderung
5. Das Angebot und die Vermittlung anderer Problembewältigungsmöglichkeiten, wie soziale Kompetenz, Entspannung, Genus
6. Information über Hilfsmöglichkeiten in den Rehabilitationseinrichtungen und am Wohnort im Rahmen der Nachsorge.

Dies wird am ehesten gelingen, wenn Gesundheitsbildung auch beim Thema Alltagsdrogen konkret an den Erfahrungen des(r) Rehabilitanden(in) anknüpft. Die Seminareinheit ist – wie das gesamte Programm zur Gesundheitsbildung – entsprechend teilnehmerorientiert konzipiert und ermöglicht durch seinen modularen Aufbau die flexible Gestaltung der Seminareinheit (Schäfer et al., 1999).

Literatur

Döll, S., Buschmann-Steinhage, R., Worringen, U. (im Druck): Seminareinheit „Alltagsdrogen – Zwischen Genuss und Sucht“. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stuttgart: Schattauer.

Herbst, K., Kraus, L., Scherer, K. (1996): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Hüllinghorst, R., Merfert-Diete, C. (1998): Vorwort. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht ’99. Geesthacht: Neuland, 5-6.

Poser, W., Poser, S. (1996): Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Verlauf, Behandlung. Stuttgart: Thieme.

Schäfer, H., Döll, S. (1999): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, 6-7, 434-445.

Methoden und Erfolgsparameter zur Evaluation von Patientenschulungen in der stationären Rehabilitation am Beispiel von Asthma bronchiale und Neurodermitis

Krischke, N.R., Polchow, D., Tampe, T., Petermann, F.

Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität, Bremen

Einleitung

Patientenschulungen sind mittlerweile eine integraler Bestandteil der stationären Rehabilitation. Üblicherweise sind diese Patientenschulungen das Ergebnis eines klinikinternen interdisziplinären Prozesses, welcher z.B. die organisatorischen und strukturellen Besonderheiten der jeweiligen Klinik widerspiegelt. Um ausreichend Patienten zu erreichen, empfiehlt sich eine klinikübergreifende Evaluation von Patientenschulungen. Durch eine Standardisierung der Schulungen kann die Vergleichbarkeit gewährleistet werden.

Stand der Forschung

Die im Rahmen dieses Projektes vorgestellten Ergebnisse sind Teil eines auf drei Jahre angelegten Projektes mit dem Titel „Verhaltensmedizinische Interventionsbausteine und ihre differenzielle Wirksamkeit in der stationären Rehabilitation“ des „Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen-Bremen“. Ausgehend von gut evaluierten Schulungsprogrammen zur Indikation „Neurodermitis“; Ehlers et al., 1995) und zur Indikation „Asthma bronchiale“ (Worth, 1997; Petro, 1995) wurden diese hinsichtlich ihrer edukativen und verhaltensmedizinisch orientierten Komponenten standardisiert und an die Bedürfnisse der stationären Rehabilitation angepasst. Anhand verschiedener Outcomekriterien (Niebel, 1995; Nolte, 1995; Volmer, 1997) soll die Effektivität der jeweiligen Komponenten ermittelt werden.

Methoden

Um den Anteil von Schulungsmaßnahmen am Reha-Erfolg zu ermitteln, müssen zunächst die Erfolgsparameter für die Gesamt-Reha festgelegt werden. Prinzipiell ergeben sich zwei Möglichkeiten der Ermittlung eines Schulungserfolges:

1. Der Einfluss der Schulung wird durch ein A-B-A-B Design untersucht. Abwechselnd werden Schulungen in einem bestimmten Zeitraum in der Klinik angeboten und in einem anderen Zeitraum weggelassen. Systematische Änderungen in den Outcomeparametern können so auf die Schulung zurückgeführt werden.
2. Der Einfluss der Schulungen wird in einem A-B-C Design untersucht, wobei sich in den Stufen A, B und C die Intensität und Qualität der Schulungen sukzessive verbessert. Es wird erwartet, dass sich bei diesem Design die Outcomeparameter unter den Schulungsbedingen A, B und C systematisch im Sinne einer Verbesserung des Reha-Erfolges verändern.

In der vorliegenden Studie wurde ein Kohortendesign nach dem A-B-C-Design mit Messwiederholung (Beginn und Ende der Reha sowie 12-Monats-Katamnese) gewählt. Entsprechend den Empfehlungen der Arbeitgruppe „Generische Methoden“ und „Routinedaten“ des „Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften“ wurden u.a. folgende medizinisch-funktionellen, sozialmedizinischen und psychologischen Parameter über Arzt- und Patientenfragebögen erhoben:

<u>Asthma-bronchiale</u>

Asthma-Schweregrad, Art und Häufigkeit der Symptomatik, Lungenfunktionswerte (VC IN, FEV1, MEF 50, R tot, PEF), Nebendiagnosen, Therapie-Status, Leistungsbild des Patienten, Krankenhaustage, berufliche Fehlzeiten, Lebensqualität (SF 36, St. George Respiratory Questionaire), Krankheits- und Behandlungswissen.

<u>Neurodermitis</u>

Erlanger Kriterien, SCORAD, Therapie-Status, Hauptkriterien, Nebenkriterien und Differentialdiagnose, Allergiediagnostik (Pricktest, Provokationstestung), Leistungsbild des Patienten, berufliche Fehlzeiten, Lebensqualität (SF 36, Marburger Neurodermitis-Fragebogen), Krankheits- und Behandlungswissen.

Ergebnisse und Diskussion

Anhand der o.g. Parameter aus den Kohorten A und B soll der Einfluss von Schulung auf den Reha-Erfolg dargestellt werden. In diesem Zusammenhang wird die Relevanz der gewählten Outcomeparameter sowie der Einfluss möglicher Störvariablen diskutiert. Im Rahmen des Vortrags werden erste Ergebnisse aus dem laufenden Projekt A3 des Reha-Verbund Niedersachsen-Bremen vorgestellt.

Literatur

Niebel, G. (1995): Verhaltensmedizin der chronischen Hautkrankheit: Interdisziplinäre Perspektiven der atopischen Dermatitis und ihre Behandlung (1. Auflage). Göttingen: Huber.

Nolte, D. (1995): Asthma: Das Krankheitsbild, der Asthmapatient, die Therapie (6. Auflage). München: Urban und Schwarzenberg.

Petro, W., Holländer, P., Betz, H.P., Hamann, B., Lauber, B., Mzyk, C., Prittwitz, M. (1995): Patientenschulung in der pneumologischen Rehabilitation steigert den therapeutischen Erfolg. Atemwegs- und Lungenkrankheiten , 21, 49-58.

Stangier, U., Ehlers, A., Gieler, U. (1997): Verhaltenstherapie und Patientenschulung bei erwachsenen Neurodermitis-Patienten. In F. Petermann (Hrsg.), Asthma und Allergie. Göttingen: Hogrefe, 2. erweit. Auflage.

Volmer, T. (1997): Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bei Patientenschulungen. In F. Petermann (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung (101-120). Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.

Worth, H. (1997): Patientenschulung mit asthmakranken Erwachsenen. In Petermann F. (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen: Hogrefe, 2. völlig veränd. Auflage.

Evaluation eines Patientenschulungsseminares für Patienten mit Morbus Bechterew - Welche Patienten profitieren subjektiv am meisten von der Schulung?[13]

Bönisch, A. (1), Ehlebracht-König, I. (1), von Pezold, E. (1), Droste, U. (2), Heinrichs, K. (3)

(1) Rehazentrum, Bad Eilsen, (2) Karl-Aschoff-Rheinpfalz-Klinik, Bad Kreuznach, (3) Rheumaklinik, Bad Bramstedt

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven kontrollierten Studie (N=300) wird die Wirksamkeit eines Schulungsprogrammes für Patienten mit Morbus Bechterew und verwandten Spondylarthropathien in der stationären Rehabilitation untersucht. Das Programm besteht aus 6 Modulen zu den Themen „Krankheitsbild", „Krankengymnastik", „Schmerz/Schmerzbewältigung" „Behandlungsmöglichkeiten", „Wirbelsäulengerechtes Ver-

[13] gefördert vom VDR Frankfurt

halten im Alltag" sowie „Alltags- und Krankheitsbewältigung". Es wurde an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben (Ehlebracht-König et al., 1997).

Im folgenden werden die Ergebnisse hinsichtlich der Akzeptanz der gesamten Schulung und der einzelnen Module sowie die Zusammenhänge der Akzeptanz mit zu Reha-Beginn erhobenen Patienten-Merkmalen berichtet. Dies lässt Rückschlüsse zu, welche Patienten subjektiv am meisten von der Schulung profitieren.

Methodik

Schriftliche Selbsteinschätzung der Patienten zu 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6 und 12 Monate nach Reha-Ende) hinsichtlich folgender Dimensionen: Funktionseinschränkung (FFbH-R), Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis Se), Lebensqualität (SF 36, Bullinger), Selbsteffizienz, Krankheits- und Behandlungswissen, Eigenaktivität, gesundheitsökonomische Variablen. Die Schulungsteilnehmer beurteilen zusätzlich nach jedem Modul die Wichtigkeit des Themas, die Verständlichkeit sowie den persönlichen Nutzen und geben bei Reha-Ende eine Gesamtbewertung des Seminars ab (schulnotenäquivalente Skalen von 1-6).

Berichtet werden die Ergebnisse der ersten 71 Patienten (53 Männer und 18 Frauen), die im Rahmen der Studie das Schulungsprogramm durchliefen und zu Reha-Beginn/-Ende befragt wurden. Das mittlere Alter beträgt 42 Jahre (+/- 9,7 Jahre), die mittlere Krankheitsdauer 9 Jahre.

Ergebnisse

- Gesamtbewertung der Schulung: Das Seminar wurde als empfehlenswert (Mittelwert =1,5; s=0,81) und verständlich (Mittelwert=1,72; s=0,81) eingeschätzt. Die Einschätzung der Verständlichkeit ist unabhängig vom Bildungsstand der Patienten.
- Zusammenhang zwischen der Gesamtbewertung und anderen Merkmalen: Die Gruppengespräche und der Erfahrungsaustausch wurden von den Patienten unabhängig von den zu Reha-Beginn erhobenen psychologischen Merkmalen, der Diagnosedauer und der Schmerzintensität als hilfreich bewertet (Mittelwert=2,0; s=1,06).
- Bewertung der einzelnen Module: Die Wichtigkeit der einzelnen Module wurde mit Mittelwerten zwischen 1,5 und 2,1, die Verständlichkeit zwischen 1,5 und 1,8, der persönliche Nutzen mit Mittelwerten zwischen 1,8 und 2,2 eingeschätzt.
- Zusammenhang zwischen der Einzelbewertung und anderen Merkmalen:
  - Patienten mit höherer Schmerzbelastung, stärkeren durch die Erkrankung erlebten Beeinträchtigungen und schlechterem psychischem Wohlbefinden beurteilen die Module „Schmerz/Schmerzbewältigung“ sowie „Krankheitsbewältigung“ wichtiger und hilfreicher als Patienten mit niedrigeren Belastungen (z.B. Rangkorrelation für „Körperliche Summenskala“ (SF 36) mit „Wichtigkeit von Modul ‚Krankheitsbewältigung‘“ r=.41 p=.002).
  - Erkrankte, die schon vor der Reha ein hohes Maß an Eigenaktivitäten (Krankengymnastik in Eigenregie) zeigen, beurteilen das entsprechende Modul zum Thema „Krankengymnastik“ wichtiger als jene mit geringerer Eigenaktivität (r= -34; p=.005).

Diskussion und Ausblick

Die Schulung wird unabhängig von psychologischen Variablen und der Diagnosedauer insgesamt als verständlich, hilfreich und empfehlenswert eingeschätzt. Die bisherige Analyse der Gesamtbewertung und der einzelnen Module deckt sich mit den Ergebnissen der Pilot-Erhebung (Ehlebracht-König et al., 1997) und liefert erste Hinweise, dass Patienten mit stärkeren Beeinträchtigungen subjektiv mehr als weniger Beeinträchtigte von den Modulen profitieren, in denen es primär um psychologische Inhalte geht. Neue Ergebnisse ergeben sich hinsichtlich des Zusammenhangs mit erhobenen Verhaltensmaßen: die „Aktiven“ hinsichtlich häuslicher Bewegungsübungen scheinen sich in ihren bisherigen Aktivitäten bestätigt zu fühlen und nutzen die Schulung vermutlich dazu, die bekannten Bewegungsübungen auf Richtigkeit zu überprüfen und in ein Verständnis der Physiologie einzuordnen.

In zukünftigen Regressions-Analysen mit den Daten der Gesamtstichprobe sollen die obigen Ergebnisse weiter untersucht und spezifiziert werden.

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Hogrefe.

Ehlebracht-König, I., Bönisch, A., Spreen-Ledebuhr, M. (1997): Akzeptanz eines Schulungsprogrammes für Patienten mit Spondarthropathien während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Vortrag 7. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 10.-12.03.97, Hamburg.

Soziale Unterstützung - Rückhalt bei anderen Menschen finden: Ein ressourcenorientiertes Thema im neugefassten Gesundheitsbildungsprogramm der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung

Höffler, K.W.

Klinik am Bingert, Wiesbaden

Die Rolle sozialer Unterstützung im Sinne eines gesundheitsprotektiven Faktors ist wiederholt dokumentiert worden (Röhrle, 1998). Während Soziale Unterstützung im Sinne eines ressourcenorientierten Konzeptes zunächst nicht explizit Thema des Gesundheitsbildungsprogramms der Rentenversicherung „Gesundheit selber machen“ (sog. „grüne Reihe“ von 1984) war, wuchs in den 90er Jahren die Sensibilität für diese kurativ und präventiv bedeutsame Variable - sowohl bei der Konzeption rehabilitationsspezifischer Diagnoseinstrumente (z.B. IRES-Fragebogen, Gerdes, 1998) wie bei allgemeinen konzeptionellen Überlegungen zur Gesundheitsbildung (Liebing et al., 1995).

Eine Überarbeitung und Neukonzeption der Gesundheitsbildung der medizinischen Rehabilitation durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger im Jahr 1999 (Schäfer et al., 1999) nimmt nun das Thema „soziale Unterstützung“ als Vertiefungseinheit einer Seminareinheit „Schutzfaktoren: Was hält uns gesund?“ in den Kanon der Standardangebote der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation auf (Schäfer et al., im Druck).

Für die Darstellung des Themas „soziale Unterstützung“ in der Gesundheitsbildung der medizinischen Rehabilitation wird ein funktioneller, kognitiv-konstruktivistischer Ansatz im Sin-

ne einer subjektiv wahrgenommenen Unterstützung gewählt: Dabei wird als soziale Unterstützung jeder Prozess verstanden, bei dem eine Person Unterstützung, Rückhalt und Verständnis durch ein Gegenüber zu erfahren wahrnimmt. Dabei ist es unerheblich, ob es sich bei diesem Gegenüber um eine reale Person (z.B. Partner, Freund, professioneller Helfer), um eine imaginierte Person (z.B. verstorbener Angehöriger, Gott), um das eigene Spiegelbild (im Selbstgespräch), um ein personifiziertes Haustier oder um ein Kollektiv (z.B. ein religiöses Kollektiv, ein kulturelles Kollektiv, das Kollektiv der Vorfahren im Sinne der eigenen Herkunft/„Wurzeln"/„Roots") handelt.

Hinsichtlich der allgemeinen Didaktik des neuen Gesundheitsbildungsprogramms der Rentenversicherung sei auf Schäfer et al. (1999) verwiesen.

Die Vertiefungseinheit „soziale Unterstützung" gliedert sich in 15 Module, die

- zunächst eine Sensibilisierung für und eine emotionale Ansprache durch das Thema „soziale Unterstützung" anstreben,
- soziale Unterstützung im Zusammenhang mit verschiedenen Lebensumständen (z.B. Krankheit, Trauer, Einsamkeit, Partnerschaft, Arbeitslosigkeit) diskutieren,
- Quellen, aus denen soziale Unterstützung fließen kann, darstellen und zu ihrer Erschließung anregen (z.B. Möglichkeiten des Herstellens von Kontakt zu anderen Menschen und des aktiven Sich-Öffnens für andere Menschen bzw. Möglichkeiten der Wahrnehmung sozialer Eingebundenheit bei Abwesenheit direkter Gesprächspartner) und
- den Transfer in den Alltag während und nach der Reha-Maßnahme anleiten.

Der modulare Aufbau des Programms ermöglich es, das Thema „soziale Unterstützung" während der Rehabilitation sowohl in einer Einheit von 60 oder 90 Minuten, wie auch indikationsbezogen - z.B. nach auffälligen Ergebnissen eines Rehabilitanden im IRES-Fragebogen (Gerdes, 1998) - über mehrere Termine eines Trainings zur sozialen Kompetenz umzusetzen. Darüber hinaus ermöglicht der modulare Ansatz eine Setzung von Prioritäten im Verlauf der Gruppendiskussion.

Literatur

Gerdes, N. (1998): Rehabilitationseffekte bei „zielorientierter Ergebnismessung": Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. Deutsche Rentenversicherung, (Heft 3-4/1998), 217-238.

Liebing, D., Vogel, H. (1995): Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung im Rahmen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 8 (1), 18-25.

Röhrle, B. (1998): Netzwerkorientierte Interventionen in der Gesundheitsförderung. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld (127-152). Tübingen: dgvt-Verlag.

Schäfer, H., Döll, S. (1999): Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung (Heft 6-7/1999), 434-445.

Schäfer, H., Döll, S., Höffler, K.W., Mittag, O. (im Druck): Seminareinheit „Schutzfaktoren: Was hält uns gesund?" (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg.). o. O.

Raucherentwöhnung durch Hypnose: Stand der Forschung und Evaluation eines hypnotherapeutischen Nichtrauchertrainings

Schulte, R. (1), Hueber, R. (2)

(1) Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Rothenfelde,
(2) Median Klinik I, Bad Berka

Angesichts der gesundheitlichen Risiken des Rauchens und einer geschätzten Zahl von weltweit mehr als 1,2 Milliarden Rauchern kommt effizienten Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung zu. In jüngerer Zeit haben kurzzeittherapeutische Alternativen zu den etablierten, mehrwöchigen verhaltenstherapeutischen Programmen vermehrt Beachtung erfahren (Lueger, 1994; Gerl, 1997). Insbesondere die Nutzung hypnotischer Phänomene zur Raucherentwöhnung stellt eine solche Alternative dar.

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst anhand einer Literaturübersicht neuere Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung vorgestellt und hinsichtlich methodischer und inhaltlicher Aspekte (Rekrutierung der Pbn., Untersuchungsdesign, Art und Ausmaß der Intervention, adjuvante Maßnahmen, Abstinenzraten) vergleichend diskutiert. Bei einem mittleren Follow-up-Zeitraum von 9,5 Monaten variieren die Abstinenzraten zwischen 0 % und 86,5 %. Im Durchschnitt wird eine Erfolgsquote von 32 % (n-gewichtet: 28,7 %) berichtet (Schulte, R. et al., im Druck). Insgesamt stützen die vorliegenden Befunde die Annahme, dass Hypnotherapie als eine wirksame, breit anwendbare und effiziente Methode der Raucherentwöhnung gelten kann, die über reine Erwartungseffekte hinausgeht und hinsichtlich ihrer langfristigen Effektivität klassischen verhaltenstherapeutischen Programmen entspricht. Mit Batra (1999) ist zudem davon auszugehen, dass sich die Erfolgsquote durch eine gezielte Analyse von Abstinenzprädiktoren und die Entwicklung gruppenspezifischer Therapieformen noch steigern lässt. Im weiteren werden daher Ergebnisse einer eigenen Evaluationsstudie berichtet, die sich auf die Frage differentieller Interventionseffekte konzentriert.

Anhand einer Stichprobe von mehr als 100 Teilnehmern des Raucherentwöhnungskurses der Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (Altersdurchschnitt: 42,3 Jahre) wurde die Wirksamkeit einer einmaligen hypnotherapeutischen Gruppensitzung untersucht. Die ca. 2-stündige Sitzung umfasste nach einer Motivationsphase sowohl Techniken der Altersregression und Zeitprogression als auch direkte und indirekte Suggestionen mit positivem oder aversivem Inhalt. Bei der Drei-Monats-Katamnese waren nach eigenen Angaben 58,7 %, nach sieben Monaten noch 36,4 % der befragten Probanden abstinent. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum hatte sich von 27,5 auf 8,8 Zigaretten pro Tag reduziert. Eine Diskriminanzanalyse ergab, dass Personen mit einem niedrigen Lebens- bzw. Einstiegsalter, einer fatalistischen Einstellung zur eigenen Gesundheit und einem rauchenden Lebenspartner relativ seltener von der Kursteilnahme profitierten bzw. eher rückfällig wurden. Hinsichtlich der Häufigkeit möglicher Entzugssymptome unterschieden sich abstinente und rückfällige Kursteilnehmer nur unwesentlich, jedoch zeigte sich bei Ex-Rauchern häufiger eine Gewichtszunahme (84 % vs. 36 %) um durchschnittlich 4,8 kg. Während rauchbezogene Aversionen in beiden Gruppen vergleichbar gering ausgeprägt waren, zeichneten sich ehemalige Raucher durch

ein signifikant geringeres Rauchverlangen und eine höhere Indifferenz gegenüber Verführungssituationen aus.

Hypnotherapeutische Interventionen stellen insgesamt eine vielversprechende Ergänzung etablierter Raucherentwöhnungsmethoden dar. Den Ergebnissen zufolge lassen sich bei motivierten Teilnehmern durch eine einmalige Gruppenhypnose mit standardisierten Suggestionen vergleichbare Abstinenzraten erzielen, wie in klassischen verhaltenstherapeutischen Programmen (Unland, 1996). Ein relativ hohes Lebens- und Einstiegsalter, gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen sowie ein Partner, der nicht raucht, scheinen den Entwöhnungserfolg eher zu begünstigen.

Literatur

Batra, A. (1999): Die differentielle Indikation in der Raucherentwöhnung – ein Weg zum Erfolg? Vortrag auf der 2. Deutschen Nikotin-Konferenz, 28. – 29. Mai 1999 in Erfurt.

Gerl, W. (1997): Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? Hypnose und Kognition, 14, 67-81.

Lueger, S. (1994): Lösungsorientiertes Vorgehen in der Raucherentwöhnung. Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie, 5, 51-53.

Schulte, R., Hueber, R. (im Druck): Raucherentwöhnung durch Hypnose – Ein Überblick über 26 neuere Studien. Experimentelle und Klinische Hypnose.

Unland, H. (1996): Raucherentwöhnung. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Störungen, 245-254.

Psychologisches Screening orthopädisch-rheumatologischer Patienten in der stationären Rehabilitation

Stankoweit, B., Wellpott, P., Ostermann, H.W.

Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen

In Zeiten knapper Ressourcen ist eine effiziente Zuweisung von Patienten zu notwendigen Therapien ein vorrangiges Anliegen, um eine kosten minimierende und zugleich erfolgsmaximierte Rehabilitation zu erreichen. Diesem anstrebenswerten Ziel stehen in der klinischen Praxis häufig Defizite hinsichtlich einer dazu erforderlichen ganzheitlichen Betrachtungsweise im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, einer interdisziplinären Kooperation der am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie ein Fehlen entsprechender organisatorischer Strukturen entgegen. Insbesondere der in vielen Kliniken übliche Weg, dass Ärzte die Patienten entsprechend ihres subjektiven Eindrucks der psychologischen Abteilung zuweisen, beinhaltet häufig die Problematik einer Nicht-Identifikation von psychologischem Beratungs- und Behandlungsbedarf, so dass bei einer wahrscheinlich nicht unerheblichen Anzahl von Patienten von ungenutzten Behandlungschancen ausgegangen werden kann.

Ziel der vorliegenden Studie war demnach die Durchführung eines psychologischen Screenings, um eine objektivere Einschätzung hinsichtlich Bedarf und Zuweisungsnotwendigkeit von psychologischen Therapieangeboten bei orthopädisch-rheumatologischen Patienten in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu gewinnen. Die zentrale Fragestellung betraf vor allem die Erfassung der psychischen Belastungen durch Einsatz eines aus dem IRES (Gerdes et al., 1992, 1995) entwickelten Kurzfragebogens sowie der SCL-90 (Franke, 1995). Zudem wurden die aus dem ärztlichen Aufnahmegespräch gewonnenen und im Entlassungsbericht dokumentierten Eindrücke zum psychischen Befund und der psychosozialen Situation der Patienten den Fragebogendaten zur psychischen Belastung gegenübergestellt, um Übereinstimmungen bzw. Diskrepanzen zwischen Patienten-Selbstbeurteilung und ärztlicher Fremdeinschätzung identifizieren zu können.

Über einen Zeitraum von 4 Wochen wurden 96 konsekutive orthopädisch-rheumatologisch erkrankte Patienten im Heilverfahren aus 4 ausgewählten Stationen der Klinik Porta Westfalica in Bad Oeynhausen in die Studie eingeschlossen. Sämtliche Patienten wurden vor dem ärztlichen Aufnahmegespräch gebeten, den aus 10 Items bestehenden aus dem IRES gewonnenen Kurzfragebogen zu beantworten. Im Anschluss an die Aufnahmeuntersuchung wurde ihnen die SCL-90 mit der Bitte um Rückgabe nach Beantwortung ausgehändigt.

Die rekrutierte Patienten-Stichprobe setzte sich zu zwei Drittel aus Männern (n=64) und zu einem Drittel aus Frauen (n=32) zusammen. Das mittlere Lebensalter der Patienten lag bei 51,7 Jahren (s=10,0). 65 % der Patienten waren verheiratet. Häufigste Erstdiagnose war das chronische Wirbelsäulensyndrom. Die Mehrzahl der Patienten wies eine Multimorbidität auf.

Bei der Beantwortung des Kurzfragebogens zur psychischen Belastung gaben bei einem Rücklauf von 96 % (n=92) jeweils 57 % (n=52) der antwortenden Patienten an, unter Nervosität/ Unruhe sowie unter einem schlechten Schlaf zu leiden. 41 % der Patienten (n=38) fühlten sich in den letzten vier Wochen vor Befragung lustlos und niedergeschlagen. Insgesamt wiesen 37 % (n=34) im aus 10 Items bestehenden Kurzfragebogens einen Summenscore ≥ 5 auf, was als Hinweis für das Vorliegen einer psychischen Belastung gewertet wurde. Die Auswertung der SCL-90 wies auf ähnlich hoch ausgeprägte psychische Belastungen hin. Im Unterschied dazu gaben lediglich 16 % der Ärzte einen nicht unauffälligen psychischen Befund im Entlassungsbericht an, bei 11 % der Patienten wurde die momentane psychosoziale Situation ebenfalls als unauffällig beschrieben.

Die Ergebnisse weisen bei ca. einem Drittel der befragten Patienten zugleich auf eine psychische Belastung und damit auf einen psychologischen Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf hin. Die im ärztlichen Aufnahmegespräch gewonnene Fremdeinschätzung über den Patienten scheint demgegenüber kein adäquater Zuweisungsfilter für die psychologische Abteilung zu sein, was die Forderung nach einem unabhängigen Einsatz psychodiagnostischer Instrumente unterstreicht.

Literatur

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1992): Indikatoren des Reha-Status (IRES) – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und –erfolg. Die Rehabilitation 31, 73-79.

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation – Blatt 2 – Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation 34, XIII-XXIV.

Franke, G.H. (1995): SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Degoratis – Deutsche Version. Beltz Test, Weinheim.

Psychosoziale Belastung bei Patienten der kardiologischen, orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse der INDIKA-Studie

Jastrebow, J. (1), Nübling, R. (1), Bengel, J. (2), Hafen, K. (2)

(1) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (eqs.) mbH, Karlsruhe, (2) Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität, Freiburg

Individuelle psychische und soziale Faktoren werden zunehmend als bedeutend für Verlauf und Ergebnis einer Rehabilitationsmaßnahme angesehen. Sie können als Bindeglied zwischen Gesundheitszustand einerseits und Funktionsfähigkeit andererseits betrachtet werden (Gerdes et al., 1995). Im Gegensatz hierzu liegt der Schwerpunkt der Rehabilitationsbehandlungen meist im organmedizinischen Bereich. Psychosoziale oder psychotherapeutische Leistungen spielen mit Ausnahme der psychosomatischen Rehabilitation nach wie vor eher eine untergeordnete Rolle. Gerdes et al. (1995) bezeichnen das als eine der zentralen Schwachstellen der gegenwärtigen Rehabilitationspraxis.

Ein zentrales Problem der Indikation zu einer psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung liegt in der Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Einzelfall. Darüber hinaus muss auch der im Verlauf einer Reha-Maßnahme entstehende Bedarf, z.B. in Richtung Krankheitsverarbeitung/Krankheitsbewältigung einer primär organischen Erkrankung, Berücksichtigung finden. Ein zweites, mit dem Bedarf an psychosozialen Hilfen unmittelbar zusammenhängendes Problem ist die Bereitschaft bzw. Motivation des Versicherten, solche auch in Anspruch zu nehmen (Reha- und Psychotherapiemotivation; Hafen et al., im Druck; Nübling, 1992).

Im Projekt „Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer Rehabilitation“ (INDIKA-Projekt), ein gemeinsames Projekt des eqs.-Insituts und der Abt. Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg im Rahmen des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen wird u.a. der Frage nachgegangen, wie die psychosoziale Reha-Bedürftigkeit erfasst werden kann und wie hoch der Anteil von Patienten in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation (im Vergleich zu psychosomatischen Patienten) ist, die einer begleitenden bzw. stützenden psychologischen Behandlung bedürfen.

Im vorliegenden Beitrag werden erste Trends der Aufnahmemessung (t1) aus der noch laufenden Datenerhebung anhand einer bis zum Stichtag (31.12.99) vorliegenden Teilstichprobe berichtet. Die Studie folgt einem Längsschnittdesign mit drei Messzeitpunkten (t1 = Aufnahme, t2 = Entlassung, t3 = 1 Jahr nach Entlassung), die die Reha-Hauptindikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik einbezieht. Insgesamt ist eine Stichprobengröße von ca. n=750 geplant (ca. n=250 je Indikationsbereich), der aktuelle Beitrag bezieht etwa n=250 Patienten (ca. 80 je Bereich) ein. Die Studie basiert auf einem korrelativ-naturalistischen Untersuchungsansatz (naturalistische Feldstudie).

Erhoben werden für die Abschätzung der psychosozialen Belastung die SCL-90-R, die HADS, die Skala Seelische Gesundheit des TPF und der IRES auf der Ebene der Selbsteinschätzungen sowie Arzt- bzw. Therapeutenratings.

Berichtet wird über den Vergleich der untersuchten Indikationsgruppen hinsichtlich der Ausprägung psychosozialer Belastung bzw. seelischer Gesundheit, wobei die Psychosomatik-Patienten als Kontrollgruppe (Annahme: „maximale“ psychosoziale Belastung) fungieren. Geprüft wird, inwieweit sich die Patienten der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation von Psychosomatik-Patienten unterscheiden und wie hoch der Anteil an behandlungsbedürftiger psychosozialer Belastung eingeschätzt werden kann. Die Ergebnisse werden abschließend diskutiert.

Literatur

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Rehabilitation, 34, XIII-XXIV.

Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J., Nübling, R. (in press): Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. Prävention und Rehabilitation.

Nübling, R. (1992): Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften VAS.

Depressivität und Angst bei unter fünfzigjährigen Patientinnen und Patienten sechs Monate nach stationärer kardiologischer AHB im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung

Budde, H.G.

Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Rheinland-Pfalz, Bad Münster am Stein-Ebernburg

Hintergrund

Depressivität und/oder Angst nach Herzinfarkt oder Herzoperation liegen bei 20 bis 30 % der Betroffenen vor. Hierdurch wird nicht nur die Lebensqualität beeinträchtigt. Diese Störungen prädizieren auch - insbesondere bei Patientinnen und Patienten unterhalb des 50. Lebensjahrs - Rehabilitationsprobleme (Badura et al., 1995). Eine persistierende klinisch relevante depressive Symptomatik gilt zudem als prognostisch ungünstig für den weiteren Verlauf der koronaren Herzerkrankung (Frasure-Smith et al., 1993, 1995; Ladwig et al., 1994; Lederbogen et al., 1999).

Aus diesen Gründen sollten Diagnostik und Modifikation von Depressivität und Angst im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation einen besonderen Stellenwert besitzen.

Badura et al. (1995) präsentieren empirische Belege dafür, dass diese Störungen sich im Schnitt während der stationären AHB nicht (v.a. Depressivität) oder allenfalls geringfügig zum AHB-Ende hin verringern, danach jedoch wieder signifikant ansteigen (v.a. Angst). In der genannten Untersuchung werden keine Angaben darüber gemacht, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang während der AHB eine psychotherapeutische Behandlung der Störungen stattgefunden hatte.

Mittels der im folgenden vorgestellten Studie soll untersucht werden,

- ob die von Badura et al. beschriebenen Verläufe auch bei einem größeren, konsekutiv zusammengestellten Kollektiv unter fünfzigjähriger Patientinnen und Patienten mit kardiologischer AHB im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung nachweisbar sind und
- ob im Zusammenhang mit einer systematischen verhaltenstherapeutischen Behandlung eine Reduktion von Depressivität und/oder Angst zu erzielen ist, welche über das AHB-Ende hinaus persistiert.

Methodik

Alle weiblichen und männlichen Rehabilitanden unterhalb des fünfzigsten Lebensjahrs, die zur kardiologischen Anschlussheilbehandlung in die Klinik aufgenommen werden, bearbeiten am ersten oder zweiten Tag nach dem Aufnahmetag, an dem die ärztliche Eingangsuntersuchung mit anschließender Erstellung des bewegungstherapeutischen sowie physikalisch-therapeutischen Rehabilitationsplans stattfindet, auf freiwilliger Basis unter psychologischer Anleitung IRES 2.1 und HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version).

Am gleichen Tag wird im Einzelformat ein psychologisches Aufnahmegespräch durchgeführt, nach dem die Indikation zur weiteren Verhaltensdiagnostik oder aber bereits zu ver-

haltenstherapeutischen Interventionen gestellt wird, welche von psychologischen PsychotherapeutInnen in der Klinik während der AHB durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Fragebögen gehen nicht in die Indikationsstellung ein, sondern werden zur Kontrolle verwendet.

Gegen Ende der AHB, die nach den Standards der Fachgesellschaften durchgeführt wird, werden wiederum auf freiwilliger Basis und unter psychologischer Anleitung IRES 2.2 und HADS-D ausgefüllt. Dabei wird auch das Einverständnis zur Beteiligung an der anonymisierten Befragung 6 Monate nach AHB eingeholt. Zu diesem Zeitpunkt erhalten die Patientinnen und Patienten ein Fragebogenpaket, das u.a. auch die HADS-D enthält. Vier Wochen nach der ersten Befragung wird zur Erhöhung des Rücklaufs eine zweite Befragungswelle durchgeführt.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Abstracts beträgt der Umfang der Stichprobe, deren AHB bereits mindestens sieben Monate zurückliegt n = 200. Der Patientinnenanteil liegt bei 10 %. Gut die Hälfte absolvierte die AHB nach Herzinfarkt, knapp ein Fünftel nach Bypass-Operation, etwa 12 % nach Herzklappenoperation, 8 % wegen Cardiomyopathie, der Rest aus andern Gründen. Der Anteil der Verweigerer liegt bei 3 % am Anfang. Der Anteil derjenigen, die aufgrund sprachlicher Probleme die Bögen nicht ausfüllen konnten (Legasthenie, mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache) beträgt 6,5 %. Auffällig hinsichtlich Depressivität und/oder Angst sind am AHB-Anfang knapp 25 % der untersuchten Gruppe.

75 % der Patientinnen und Patienten sandten die Bögen ein halbes Jahr nach AHB zurück.

Werden die Daten aller Antwortenden zusammengefasst, dann findet sich sowohl bei der Depressivitäts- als auch der Angstausprägung ein „Wannen-Effekt“: Die mittleren Werte gehen während der AHB signifikant zurück. Ein halbes Jahr später sind sie signifikant gestiegen und haben das Niveau des AHB-Beginns annähernd wieder erreicht.

Die Werte der Patientinnen und Patienten mit klinisch auffälliger Depressivitäts- bzw. Angstausprägung laut HADS-D am AHB-Beginn weisen andere Verläufe auf. Sie nehmen im Schnitt während der AHB signifikant ab; ein halbes Jahr später sind sie (tendenziell, jedoch nicht statistisch signifikant) leicht zurückgegangen. Dabei lässt sich eine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der verhaltenstherapeutischen Interventionen während der AHB und der mittels HADS-D am AHB-Anfang gemessenen Depressivitäts- oder/und Angstausprägung, welche nicht in die Indikation zur Verhaltenstherapie einging, nachweisen.

Diskussion

Depressivität und/oder Angst sind am Beginn der kardiologischen Anschlussheilbehandlung im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung unter den jünger als 50 Jahre alten Patientinnen und Patienten relativ häufig. Zum Ende der AHB sind die Beschwerden der untersuchten Klientel mit anfänglich auffälliger Depressivitäts- und/oder Angstsymptomatik signifikant verringert, wobei ein Zusammenhang zur Intensität der erfolgten verhaltenstherapeutischen Versorgung festzustellen ist. 6 Monate später finden sich klare Hinweise auf eine Verstetigung der während der AHB erreichten Befindensverbesserungen.

Die Ergebnisse sprechen für die fachkundige Durchführung der (Verhaltens-) Diagnostik psychischer Beschwerden bzw. Störungen möglichst zu Beginn der stationären kardiologischen AHB. Auf dieser Basis können psychotherapeutische / verhaltenstherapeutische Interventionen bereits während der stationären kardiologischen AHB eingeleitet werden, die zur Störungsreduktion beitragen können, welche über das Ende der AHB hinaus erhalten bleibt.

Literatur

Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, Th. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1993): Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. J. Amer. Med. Assoc. 270, 1819-1825.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1995): Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 91, 999-1005.

Ladwig, K.H., Röll, G., Breithardt, G., Budde, T., Borggrefe, M. (1994): Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. Lancet 343, 20-23.

Lederbogen, F., Deutschle, M., Heuser, I. (1999): Depression – ein kardiovaskulärer Risikofaktor. Internist 40, 1119-1121.

Psychische Befindlichkeit der Partner von Patienten mit Hirnschädigung in der frühen Phase nach dem Ereignis - Erste Ergebnisse[14]

Dinkel, A., Balck, F.

Universitätsklinikum Dresden, Medizinische Psychologie, Dresden

Seit in den 70er Jahren auf die Belastungen der Familienmitglieder von Patienten mit Schädel-Hirntrauma (SHT) hingewiesen wurde, sind eine Reihe von Untersuchungen zu individuellen und familiären Folgen dieses Ereignisses durchgeführt worden. Von besonderem Interesse war dabei von Beginn an die Frage nach der psychischen Befindlichkeit der Angehörigen. So fanden Oddy et al. (1978), die zum ersten Mal ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung der emotionalen Beanspruchung einsetzten, etwa vier Wochen nach der Verletzung bei 39 % der Angehörigen eine klinisch relevante depressive Symptomatik. Der Anteil der Personen, die den kritischen Wert überschritten und somit die Falldefinition erfüllten, ging nach sechs Monaten auf 20 % zurück und betrug nach einem Jahr 23 %. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Livingston et al. (1985b). Hier zeigten drei, sechs und 12 Monate nach Verletzung konstant 20 % der Partnerinnen der Betroffenen eine erhöhte depressive Symptomatik. Diese beiden Studien sind bislang die einzigen, die eine ereignisnahe, standardisierte Erfassung der psychischen Befindlichkeit durchgeführt haben (ein bzw. drei Monate nach SHT). In den weiteren vorliegenden Untersuchungen rückten vor allem die langfristigen Konsequenzen in den Mittelpunkt. So fanden beispielsweise Gillen et al.

[14] Gefördert vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

(1998) im Mittel zwei Jahre nach SHT, dass 43 % der Angehörigen die Kriterien einer Major Depression erfüllten. Während in diesen Studien nach Prädiktoren der psychischen Befindlichkeit gefragt wird, liegen praktisch keine Erkenntnisse dazu vor, welche Bedingungen für eine klinisch relevante Symptomatik in der frühen Phase nach dem Ereignis verantwortlich sind. Der einzige Hinweis dazu stammt aus der Studie von Livingston et al. (1985a). Die Autoren fanden, dass drei Monate nach der Verletzung Angehörige von Patienten mit schwerem SHT im Vergleich zu Angehörigen von Betroffenen mit leichtem SHT ein signifikant höheres Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik zeigten, hinsichtlich der depressiven Symptomatik ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede in dem eingesetzten Verfahren (Leeds Scale). Die Kenntnis von Korrelaten und Prädiktoren einer erhöhten emotionalen Beanspruchung der Angehörigen in der frühen Phase nach einer Hirnschädigung ist jedoch von besonderer Bedeutung für die frühe, effiziente Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Angesichts knapper Ressourcen wäre es wichtig zu wissen, welche Angehörige besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit bedürfen. Im folgenden werden erste Ergebnisse einer laufenden prospektiven Studie dargestellt, die sich unter anderem der Frage der psychischen Befindlichkeit der Partner von Patienten mit einer Hirnschädigung annimmt. Im Rahmen der Studie werden Partner von SHT-Patienten sowie Partner von Patienten mit Subarachnoidalblutung (SAB) angesprochen. Die Daten basieren auf einer Stichprobe von N=20 Partnern (11 Partner von SHT-Patienten und 9 Partner von SAB-Patienten). Das Durchschnittsalter der Partner beträgt 43 Jahre (s=12 Jahre), 14 Personen sind weiblichen und 6 männlichen Geschlechts, sie wurden im Mittel 35 Tage (s=14 Tage) nach dem Ereignis befragt. Zu diesem Zeitpunkt wurde unter anderem die psychische Befindlichkeit erhoben, wobei im folgenden nur auf die Ergebnisse im Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al., 1995) eingegangen wird.

Zu diesem ersten, ereignisnahen Erhebungszeitpunkt betrug der Mittelwert im BDI 10,7 (s=6,5); 50 % der Personen erfüllten die Falldefinition und lagen über dem kritischen Wert, der eine klinisch relevante Symptomatik anzeigt (x = 11). Es wurde eine Korrelationsanalyse zwischen BDI-Werten und patientenseitigen sowie partnerseitigen Merkmalen durchgeführt. Zu den patientenseitigen Merkmalen zählen Diagnose, Schweregrad, Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Partnerbefragung (Akutklinik vs. Rehaklinik oder zu Hause) und Zeitdauer seit Verletzung; auf Seiten des Partners wurden das Geschlecht und das Alter berücksichtigt. Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und den Werten im BDI. Diese Analyse wurde unter explorativen Gesichtspunkten für die Gruppe der Partner wiederholt, die die Falldefinition im BDI erfüllten (N=10). Innerhalb dieser Subgruppe zeigten sich zwei signifikante Zusammenhänge: So korrelierte der Schweregrad in einer Höhe von r=.81 (p=.004) und die Zeitdauer seit Verletzung in einer Höhe von r=.86 (p=.001) mit den Werten im BDI. Dies bedeutet, dass bei Partnern, die eine klinisch relevante Symptomatik zeigten, diese umso ausgeprägter war, je länger das Ereignis zurück lag und höher war, wenn der Betroffene eine schwere Hirnschädigung erlitten hatte.

Das auffallendste, jedoch als vorläufig anzusehende Ergebnis dieser ersten Analyse ist, dass sich in der Gesamtstichprobe kein Zusammenhang ergab zwischen patienten- und partnerseitigen Merkmalen, die für das therapeutische Team offensichtlich bzw. leicht zu erheben sind, und dem Ausmaß emotionaler Beanspruchung der Partner, erhoben mittels

BDI. Dies deutet darauf hin, dass es sich nicht „auf den ersten Blick" entscheiden lässt, welche Lebenspartner ein hohes Maß an emotionaler Beanspruchung zeigen. Das Ergebnis der explorativen Analyse legt außerdem nahe, dass es entscheidender ist Variablen zu identifizieren, die eine Vorhersage der Personen erlauben, die die Falldefiniton erfüllen. Dieser Frage soll in einem späteren Stadium der Untersuchung nachgegangen werden.

Literatur

Gillen, R., Tennen, H., Affleck, G., Steinpreis, R. (1998): Distress, depressive symptoms, and depressive disorder among caregivers of patients with brain injury. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 13, 31-43.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995): Beck-Depressions-Inventar (BDI) (2. Aufl.). Bern: Huber.

Livingston, M.G., Brooks, D.N., Bond, M.R. (1985a): Three months after severe head injury: Psychiatric and social impact on relatives. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 48, 870-875.

Livingston, M.G., Brooks, D.N., Bond, M.R. (1985b): Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 48, 876-881.

Oddy, M., Humphrey, M., Uttley, D. (1978): Stresses upon the relatives of head-injured patients. British Journal of Psychiatry, 133, 507-513.

Motivationsverbesserung vor stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Gelbharr, S. (1), Klöss, R. (1), Scharf, P. (1), Gerdes, N. (2)

(1) Psychosomatische Klinik Schloss Waldleiningen, Mudau, (2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Problemdarstellung

Für die stationäre psychosomatische Rehabilitation stellen Mängel bezüglich Information und Motivation häufige Anfangsprobleme dar, die etwa 30 bis 50 % der Rehabilitanden betreffen (Hafen, 1999). Dies wirkt sich vor allem bei Teilnehmern aus niedrigen sozialen Schichten und/oder mit hoher somatischer bzw. psychosozialer Belastung zu Reha-Beginn aus.

Es wurde deshalb von uns ein Gruppen-Motivationsprogramm vor bzw. zu Beginn des psychosomatischen Heilverfahrens entwickelt. Angestrebt wird damit eine Verbesserung der Motivation durch Vermittlung von Information, Abbau von Ängsten und Unsicherheit, und Vertrautwerden mit Therapieformen. Weitere Ziele sind die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sowie die Entwicklung individueller Reha-Ziele.

Ziel der Studie ist die Klärung der Frage, ob der Mehraufwand für die Motivation sich in erhöhter Reha-Motivation bzw. in besseren Reha-Ergebnissen auswirkt. Außerdem soll das Aufwand-Nutzen-Verhältnis in zwei unterschiedlichen Motivationssettings eingestuft werden.

Als Hypothesen wurden formuliert: Rehabilitanden mit einem Eingangs-Motivationsprogramm erreichen ein höheres Motivationsniveau; die individuellen Reha-Ziele werden in höherem Maße erreicht; und sie zeigen stabilere positive Langzeit-Effekte im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, deren Probanden therapiebegleitend individuell motiviert wurden.

Methodik

Die Studie wurde mit Unterstützung der LVA Baden geplant und durchgeführt. Sie wurde als 3-armige, prospektive, randomisierte Studie in Kooperation mit Dr.Gerdes, Hochrheininstitut für Reha-Forschung, Bad Säckingen, entwickelt.

Patienten im Studienarm „A" wurden einige Wochen vor Reha-Beginn während eines Tagesaufenthaltes vormotiviert. Teilnehmer im Arm „B" nahmen zu Beginn der Reha-Maßnahme an einem viertägigen Motivationsprogramm teil.

Als Messinstrumente wurden eingesetzt:

„Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation FMP", sowie „Indikatoren des Reha-Status IRES", in Kombination mit zielorientierter Ergebnismessung.

Die FMP-Messzeitpunkte lagen vor der Motivation (T0), nach Motivation (T1), sowie vier Wochen nach Aufnahme (T2).

IRES-Erhebungen fanden nach Aufnahme (T0), nach vier Wochen (T1), bei Entlassung (T2) sowie katamnestisch 1/2 Jahr (T3) und ein Jahr nach Entlassung (T4) statt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 287 Rehabilitanden an der Studie teil (T0 - T2). Bezüglich Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Psychotherapie-Motivation bei Aufnahme sowie Behandlungsdauer (im Mittel 40,2 Tage) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Studienarmen.

Die Psychotherapie-Motivation (FMP) verbessert sich in der Kurzzeit-Motivation „A" signifikant mit „leichter" Effektstärke. In der Langzeit-Motivationsgruppe „B" ist die Verbesserung mit „mittlerer" Effektstärke nachzuweisen und bleibt in diesem Ausmaß bis Reha-Ende erhalten.

In der Kontrollgruppe „C" ist kein signifikanter Motivationsgewinn nachweisbar.

Die IRES-Auswertung konnte mit kompletten und vergleichbaren Datensätzen für 53 Teilnehmer in Arm „A", 82 Teilnehmer des Armes „B" sowie 52 Probanden der Kontrollgruppe vorgenommen werden.

Im Summenscore der individuellen Eingangs-Rehaziele zeigt sich in den drei Studienarmen eine „leichte" Zunahme der Effektstärke in den ersten vier Behandlungswochen, ohne signifikante Unterschiede. Bei Reha-Ende ist für alle Studienarme eine Verbesserung zur „mittleren" Effektstärke eingetreten.

In der Halbjahreskatamnese T0 - T3 bleiben in den Index-Gruppen die Verbesserungen des Reha-Status in „mittlerem" Ausmaß erhalten; dagegen bilden sie sich in der Kontrollgruppe auf ein „leichtes" Ausmaß zurück. Die Jahreskatamnese zeigt kaum veränderte Werte für die Index-Gruppen. Die Kontrollgruppe weist zu diesem Zeitpunkt eine gerade „mittlere" Zunahme der Effektstärke der Veränderung auf.

Diskussion

Die Psychotherapie-Motivation als Hauptindikator der Motivation im psychosomatischen Heilverfahren lässt sich durch ein Eingangs-Motivationsprogramm signifikant bessern.

Positive Reha-Effekte in „mittlerer" Effektstärke der Veränderung sind bei Reha-Ende für alle drei Studienarme nachweisbar. Die für die Index-Gruppen signifikant bessere Konstanz der Veränderungen in der Katamnese spricht für einen das Reha-Verfahren überdauernden Effekt des Motivationsprogrammes.

Literatur

Hafen, K. (1999): Indikatoren der Reha-Motivation (Seminar-Beitrag: Fortschritte der Reha-Psychologie; 8. Rehawissenschaftliches Kolloquium März 1999, Norderney).

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation 34, XIII–XXIV.

Mans, E.J. (1994): Die Mitwirkung des Patienten als Problem der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Rehabilitation 33, 221–227.

Schneider, W., Basler, H.D., Beisenherz, B. (1993): FMP-Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Manual. Weinheim, Beltz-Test.

Psychosomatisch erkrankte LehrerInnen im poststationären Verlauf: Halbjahreskatamnese zum Priener Lehrerprojekt

Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Fichter, M.M.

Medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck, Prien

Einführung

In psychosomatischen Kliniken sind LehrerInnen unter den Patienten auffallend häufig. Dieses spiegelt - als Spitze des Eisberges - die hohe sozialpolitische Relevanz der in Stichworten wie Lehrerbelastung, burn-out und Frühpensionierung anklingenden Problematik (über 600 000 verbeamtete LehrerInnen in Deutschland, die überwiegende Mehrzahl erreicht nicht den Altersruhestand; Jehle, 1997). Hiervon ausgehend wurden in der Klinik Roseneck von Mai bis Oktober 1998 konsekutiv aufgenommene, zumindest mit halbem Stundendebutat tätige und verbeamtete LehrerInnen mit verschiedenen Instrumenten hinsichtlich soziodemographischer und berufsbezogener Parameter, einschließlich objektiver Belastungsfaktoren (Klassengröße etc.) und subjektiv erlebter Beanspruchung, sowie zur Symptomatik (u.a. SCL-90) befragt (Hillert et al., 1999a/b). In diesem Kontext wurde der Fragebogen zu Belastungsfaktoren des Lehrerberufes (FBL) evaluiert (Maasche et al., 1999).

Methodik

Im Rahmen einer 6-Monatskatamnese wurden die in der Studie erfassten LehrerInnen mit den o.a. Instrumenten schriftlich nachbefragt. Die uni- und multivariante Datenanalyse erfolgte mit SPSS (Version 6.1.3).

Ergebnisse

Nach 6 Monaten waren 25 % der LehrerInnen im Alter von 50,5±6,1 Jahre nicht mehr im Beruf tätig, d.h. entweder weiter krankgeschrieben oder bereits pensioniert. Der Fragebogen-Rücklauf war bei diesen LehrerInnen auffallend schlecht. Bei Entlassung hatten 45,2 % geäußert, dass „Pensionierung ein Thema“ für sie sei. Diese LehrerInnen sahen sich nach 6 Monaten hinsichtlich praktisch aller schulischen Aspekte höher belastet als die KollegInnen und waren signifikant - mit der Arbeit aber auch dem Privatleben - unzufriedener, jedoch (noch) nicht häufiger arbeitsunfähig bzw. pensioniert. Die folgenden Daten beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Katamnese berufstätigen Lehrerinnen (n=46): die Symptomatik (Depression, Tinnitus, Angst- und Schmerzstörungen) ist gebessert. Bezüglich beruflicher Belastungen und deren Bewältigung ergibt sich ein heterogenes Bild. Die Unterrichtszeit, in der die LehrerInnen selber sprechen, bleibt mit 62,9 + 15,4 % unverändert hoch. In praktisch identischem Ausmaß tragen in der subjektiven Wahrnehmung Probleme in der Schule zu den Beschwerden bei (T0 4,2±0,7 versus Katamnese 4,1±0,8 auf einer Skala von 1=überhaupt nicht bis 5=sehr) und sind damit wesentlich belastender als private Probleme (3,3±1,2 versus 3,1±1,2). Möglichkeiten zur Änderung der beruflichen Situation werden weiterhin nicht gesehen. Diese globale Einschätzung bestätigt sich bezüglich der Bewertung der sich aus mangelnder Motivation und Disziplin von Schülern ergebenden Belastungen. Hinsichtlich Erläsen und Verordnungen, Ärger mit Behörden und auch Eltern erleben sich diese LehrerInnen jedoch als weniger belastet, die Arbeit insgesamt sei etwas zufriedenstellender. Entsprechend findet sich beim FBL ein mit p=0,05 signifikanter Rückgang des Gesamtscores.

Diskussion und Ausblick

Die skizzierten Daten beschreiben den poststationären Verlauf - ohne spezielle berufsbezogene Therapiebausteine – von verhaltenstherapeutisch-medizinisch behandelten LehrerInnen. Überlegungen in Richtung Frühpensionierung aber auch - in geringerem Ausmaß - die Selbsteinschätzung als „voraussichtlich nicht beruflich belastbar“ korreliert nicht mit erhöhter Dienstunfähigkeit zum Katamnesezeitpunkt, wohl aber mit höherem Belastungserleben und deutlich höherer Unzufriedenheit. Der Katamnesezeitraum reicht hier für eine abschließende Beurteilung nicht aus, zudem sind u.a. beamtenrechtliche und soziale Umstände zu berücksichtigen (Hillert et al., 1999b). Mit unmotivierten Schülern in Zusammenhang stehende Belastungen werden von LehrerInnen, entsprechend einer offenbar stabil-idealistischen Berufsmotivation, als unverändert hoch erlebt. Als berufsbezogener, nicht auf Selektionseffekte reduzierbarer, insgesamt bescheidener Therapieeffekt, ergibt sich eine bessere Abgrenzungsfähigkeit der Betreffenden gegenüber institutionellen Belastungen. Neben breiter angelegten und längeren Verlaufsuntersuchungen bieten sich Evaluationen berufsbezogener Therapieangebote (Relativierung idealistischer Erwartungen, kraftsparende Unterrichtsmethoden, Zeitmangement u.a.) als weiterführende Projektschritte an.

Literatur

Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, H., Ehrig, Ch. (1999a): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrern. Zum Einfluss berufsimmanenter Stressoren, subjektiver Bewertungsmuster und Bewältigungsstrategien auf Symptomatik und Verlauf. In: Verband Deutscher

Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 1999 auf Norderney. DRV-Schriften Bd. 12, 349-350.

Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Ehrig, Ch., Schmitz, E. (1999b): Psychosomatische Erkrankungen bei LehrerInnen: sozialer Kontext, Inhalte und Perspektiven stationärer Behandlungen im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. PPmP, 49, 375-380.

Jehle, P. (1997): Vorzeitige Pensionierung von Lehrerinnen und Lehrern - Befunde und Desiderate der Forschung. In: Buchen, S., Carle, U., Döbrich, P., Hoyer, H.D., Schönwälder, H.G. (Hrsg.): Jahrbuch für Lehrerforschung 1, Juventa Weinheim München, 247-275.

Maasche, B., Hillert, A., Kretschmer, H., Ehrig, Ch., Fichter, M., Schmitz, E. (1999): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrern: Der „Fragebogen zu Belastungsfaktoren des Lehrerberufes (FBL)". Evaluation und erste Ergebnisse im Rahmen des Priener Lehrerprojektes.Verhaltenstherapie 1999, 9 (Suppl. 1), 48.

Patienten-Schulungsprogramm Vaskulitis – erste Ergebnisse

Höder, J., Reinhold-Keller, E.

Rheumaklinik - Poliklinik für Rheumatologie der UKL, Bad Bramstedt

Vaskulitiden sind selten. An der Wegenerschen Granulomatose zum Beispiel erkranken ca. 60 von 1 Million Einwohnern. Für die Betroffenen ist es schwierig, zutreffende und verständliche Informationen sowie professionelle Hilfe für die Bewältigung der lebensbedrohlichen Erkrankungen zu bekommen. Viele Hausärzte sind – verständlicherweise – überfordert. Schulung der Patienten kann daher von vitaler Bedeutung sein. In der Rheumaklinik Bad Bramstedt wurde dies früh erkannt: Seit 1991 führen wir für unsere Patienten regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, die allmählich zu einem Schulungsprogramm nach den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie fortentwickelt wurden. Diese Standards fordern u.a. eine Bedürfnisanalyse (was wollen Patienten lernen?) und einen Nachweis der Akzeptanz (wie bewerten Patienten die einzelnen Bausteine des Schulungsprogramms?) Hierzu erste Ergebnisse.

Bedürfnisanalyse

Methodik

Mitglieder des interdisziplinären Entwicklungsteams (inkl. Patientenvertreter) erstellten eine Sammlung von 42 Items zu möglichen Schulungsinhalten. Die Fragen betrafen die Bereiche Medizin, Psychologie, Ernährung, Bewegung/Sport, Selbstmanagement, Sexualität und Schwangerschaft sowie Sozialrecht. Antwortmöglichkeiten auf fünfstufiger Skala von 1 = unwichtig bis 5 = extrem wichtig. Ferner gab es eine offene Frage nach weiteren Wünschen. Diese Items wurden 100 zufällig ausgewählten Patienten des Vaskulitis-Zentrums Lübeck/Bad Bramstedt per Post zugesandt.

Ergebnisse

Rücklaufquote nach einmaliger Erinnerung 80 %, davon 64 % weiblich. Als besonders wichtig wurden medizinische Fragen angesehen (Beispiel: „Welche wichtigen Nebenwirkungen gibt es, und wie kann man sich davor schützen?“), ferner als ebenso wichtig psychologische Themen (Beispiel: „Wie kann man lernen, die Krankheit innerlich zu akzeptieren?“). Signifikant weniger gewünscht waren sozialrechtliche Themen („Kann man wegen Vaskulitis einen Schwerbehindertenausweis bekommen?“) oder Fragen der Sexualität („Können Männer ... impotent werden?“). Dies entspricht Ergebnissen ähnlicher Untersuchungen bei RA- oder SLE-Patienten (Langer et al., 1987; Thieme et al., 1997).

Nachweis der Akzeptanz

Methodik

Insgesamt 100 Teilnehmer der Schulung in der Rheumaklinik Bad Bramstedt erhielten von jedem der fünf Referenten (Arzt, Ernährungsberaterin, Krankengymnastin, Krankenschwe-

ster, Psychologe) nach jeder Schulungsstunde einen selbst gestalteten Fragebogen mit 10 positiv gepolten Items, z.B. „Ich habe Antworten auf wichtige Fragen bekommen.“ – „Der Referent war freundlich und einfühlsam.“ Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Skala von 1 = stimmt überhaupt nicht bis 5 = stimmt völlig. Die Patienten füllten den Bogen anonym auf ihrem Zimmer aus und warfen ihn in einen verschlossenen Kasten auf ihrer Station.

Ergebnisse

Rücklaufquote 84 %, davon 55 % weiblich. Insgesamt wurden 83 % ± 13 (M ± s) der möglichen Punkte erreicht. Alle Fragen wurden recht ähnlich positiv beurteilt. Die Reliabilität des Summenwertes (Cronbachs α) betrug .88. Zwischen Männern und Frauen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (t-Tests, $p < .01$), mit dem Alter keine signifikanten Korrelationen (eine Ausnahme: ältere Patienten fanden das Besprochene „nützlicher“, $r = .32$, $p < .01$).

Diskussion

Die beiden Befragungen stellen wichtige Schritte auf dem Weg zu einer qualitativ einwandfreien Patientenschulung dar. Die Zusammensetzung des Schulungsteams, die Auswahl der Themen und die Art ihrer Vermittlung stoßen auf breite Zustimmung unserer „Kunden“. Sie empfinden die Teilnahme als angenehm und hilfreich. Ob diese ersten Ergebnisse auch das Langzeit-Outcome von Vaskulitis-Patienten beeinflussen – das zu überprüfen, wird unsere nächste Aufgabe sein.

Literatur

Langer, H.E., Birth, U. (1987): Probleme und Interessenschwerpunkte von Rheumapatienten und Planung von Patienteninformation. Rheuma 6, 7–16.

Reinhold-Keller, E. (1997): Vaskulitis – was sie ist, wie man sie erkennt, was man dagegen tun kann. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Darmstadt: Steinkopf.

Thieme, K., Arbeitsgruppe SLE-Patientenschulung (1997): Das SLE-Patientenschulungsprogramm – Programminhalt und erste Evaluationsergebnisse. Aktuelle Rheumatologie 22, 98–104.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der stationären orthopädischen Rehabilitation

Schmidt, B. (1), Kolip, P. (2), Greitemann, B. (3)

(1) Universität, Bielefeld, (2) Universität, Zürich, (3) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Seit einigen Jahren wird gefordert, rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen auch unter geschlechtsspezifischem Blickwinkel zu betrachten (VDR, 1992). Insbesondere aus der kardiologischen Rehabilitation ist bekannt, dass Frauen und Männer sich hinsichtlich des Zugangs, der erhaltenen Behandlungsmaßnahmen, der Outcomes sowie der subjektiven Bewertung von Rehabilitationsleistungen unterscheiden (Fleury, 1997; Scheuermann, 1998). Für die orthopädische Rehabilitation fehlen solche Erkenntnisse weitestgehend.

Studiendesign und Methoden

Die Studie ist Teil des vom Verein für Rehabilitationsforschung (VfR) geförderten Projekts zur „Aktiven Patientenbeteiligung in der Rehabilitation“, das in Kooperation zwischen der Universität Bielefeld und der LVA-Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde durchgeführt wird. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer Untersuchung von N = 135 Patientinnen und Patienten dieser orthopädischen Rehabilitationsklinik, die zu Beginn, am Ende und drei Monate nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme mit psychometrisch getesteten Instrumenten befragt wurden. In der Studie werden psychosoziale und sozialmedizinische Erfolgsparameter mit varianzanalytischen Methoden untersucht. Das Augenmerk liegt dabei auf geschlechtsspezifischen Variationen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Varianzanalysen zeigen, dass für Frauen und Männer kaum Unterschiede hinsichtlich des Rehaerfolges zu finden sind. Zwar lassen sich zum Ende der Rehamaßnahme Erfolge der Reha, z.B. in Bezug auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität oder eine Schmerzreduktion, nachweisen, die positiven Effekte verschwinden aber drei Monate nach der Reha bei Frauen und Männern gleichermaßen. Mittelwertvergleiche bezüglich der subjektiven Bewertung der Maßnahme zeigen allerdings signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Frauen sind in der Regel zufriedener mit dem erhaltenen Angebot.

Diskussion

Orthopädische Rehabilitation zeigt für Männer und Frauen ähnliche Erfolge und ist in der aktuellen Ausgestaltung offenbar stärker an den Bedürfnislagen von Frauen orientiert. Unabhängig davon bewerten Frauen die stationäre Maßnahme anders als Männer. Frauen beurteilen den Aufenthalt in der Klinik im Durchschnitt positiver als Männer; sie geben z.B. häufiger an, dass die Anwendungen gut getan haben und individuelle Bedürfnisse berück-

sichtigt wurden. Interessant ist allerdings, dass scheinbar für Männer der Nutzen für den Alltag und insbesondere die Umsetzbarkeit des während der Maßnahme Gelernten in das Privatleben leichter zu sein scheint.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Nach mehreren Jahren gesundheitsbezogener Geschlechterforschung, die oftmals auf der Grundlage eines eher undifferenzierten Modells konsistenter Geschlechterunterschiede basierte (Hunt & Annandale, 1999), muss die aktuelle Forschung und Anwendung genauer als bisher die komplexen Muster der Zweigeschlechtlichkeit in Gesundheit und Krankheit analysieren. Zukünftige reha-wissenschaftliche Aktivitäten sollten außerdem darauf gerichtet sein, den Transfer des in der Klinik erreichten Erfolgs in den Alltag für Frauen und für Männer sicherzustellen.

Literatur

Fleury, J., Cameron-Go, K. (1997): Women's rehabilitation and recovery. Critical Care Nursing Clinics of North America , 9, 4, 577-587.

Hunt, K., Annandale, E. (1999): Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Social Sciences and Medicine, 48, 1, 1-5.

Scheuermann, W., Ladwig, K.H. (1998): Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung. Zeitschrift für Kardiologie, 87, 528-536.

VDR (1992): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt: VDR.

Der Fragebogen zur Haus- und Familienarbeit – Erste empirische Ergebnisse und heuristische Ableitung seines Erklärungspotentials

Worringen, U., Benecke, A., Gerlich, C., Frank, S.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität, Würzburg[15]

Hintergrund

Die Lebensrealität von Frauen und Männern differiert u.a. in der für moderne Gesellschaften charakteristischen Trennung der Bereiche des Arbeits- und des Privatlebens. Ein wesentlicher und bisher wenig berücksichtigter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht in der Ausübung von Aktivitäten in Haushalt und Familie. Während die Merkmale von Erwerbsarbeit in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung differenziert Beachtung finden, bleibt der Leistungsbereich Haushalt und Familie deutlich unterrepräsentiert. In der

[15] Besonderer Dank gilt Herrn Dr. Holderied (LVA Unterfranken), Herrn Dr. Schmidt (LVA Oberbayern) und Herrn Dipl.-Psych. Vogel für die projektübergreifende Bereitstellung der Daten.

Arbeitsgruppe „Geschlechtsspezifische Aspekte“ des Reha-Forschungsverbunds Bayern wurde deswegen der Fragebogen zur Haus- und Familienarbeit (HF) konzipiert (Worringen et al., 1998). Mit vorliegender Pilotstudie werden erste empirische Befunde zur Haus- und Familienarbeit mit Hilfe des HF berichtet und das Erklärungspotential des Fragebogens heuristisch abgeleitet.

Methode

Der HF ist ein Instrument zur Erfassung a) der Hausarbeit und b) der Familienarbeit im Sinne der Versorgung von Kindern und hilfsbedürftigen Angehörigen, jeweils differenziert nach Leistungserbringung, dem dafür notwendigen Zeitaufwand und einer möglichen Unterstützung durch andere. Im Rahmen einer Studie zur Steuerung des Rehabilitationszugangs (Sozialmedizinische Dienste der bayerischen Landesversicherungsanstalten, 1998) beantworteten 129 Reha-Antragsteller bei den bayerischen Landesversicherungsanstalten den HF. Diese für die Sekundärauswertung vorliegende Stichprobe unterteilt sich in 50 Frauen (39 %) und 79 Männer (61 %). Sie sind im Mittel 51 Jahre alt. Es finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der mit Hilfe des IRES (Gerdes et al., 1995) erhobenen Einschätzung der subjektiven Gesundheit und des allgemeinen Reha-Status. Explorativ zeigt sich, dass lediglich in einer der 6 Unterdimensionen des IRES, der Skala „Beanspruchung im Beruf“, bedeutsame Geschlechtsunterschiede vorliegen. Männer erzielen dort eine höhere Beanspruchung als Frauen.

Ergebnisse

Im HF berichten Männer und Frauen unterschiedlich über Leistungen im Haushalt und der Familie. Fast keine Frau ist frei von Leistungen im Haushalt, hingegen verrichtet knapp die Hälfte der Männer (40 %) dort keine Aktivitäten. Ein Großteil der Frauen bringen einen hohen Zeitaufwand für Hausarbeiten auf, im Haushalt aktive Männer nur einen mäßig hohen. Diese Unterschiede können nicht allein durch die Erwerbstätigkeit erklärt werden. Es gibt Personen, die vollerwerbstätigkeit sind und gleichzeitig einen hohen Zeitaufwand im Haushalt berichten; diese Personen sind fast nur Frauen. Keine wesentliche Unterschiede finden sich in der Unterstützung bei der Hausarbeit durch Partner, Kinder oder außenstehende Personen. Im Bereich Familienarbeit ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Erbringung dieser Leistung. Der Zeitaufwand zeigt jedoch, dass mehr Frauen täglich länger für die Familie arbeiten. Zusätzlich wird die Großzahl der Männer bei der Familienarbeit durch ihren Partner unterstützt, wo hingegen Frauen weniger Unterstützung durch ihren Partner erfahren.

Diskussion

Aus der Tatsache, dass für Frauen und Männer der vorliegenden Stichprobe die gleiche Belastung im Sinne einer Reha-Bedürftigkeit besteht, wird heuristisch die Hypothese abgeleitet, dass die höhere berufliche Belastung der Männer durch eine höhere Leistungsanforderung im häuslichen Bereich für Frauen ausgeglichen sein könnte. Erklärungsansätze dieser Art werden jedoch erst bei Abbildung der unterschiedlichen Lebensrealitäten im Berufs- und Privatbereich möglich sein.

Schlussfolgerungen

Haushalt und Familie stellen sich als ein Lebensbereich mit eigenen Leistungsanforderungen dar. Eine differenzierte Beachtung dieser Leistungsanforderungen ist nicht nur bei geschlechtsunterscheidenden Fragestellungen notwendig. Sie wird auch für eine Rehabilitationswissenschaft notwendig, die keinen gender-spezifischen Bias aufweisen sollte (Eichler, 1991), um tatsächliche Geschlechtsunterschiede sichtbar zu machen und scheinbare Unterschiede als nicht vorhanden aufzudecken oder tatsächliche Unterschiede z.B. im Hinblick auf ihre Entstehung aufzuklären. Eine Weiterentwicklung des Instruments HF zur konkreteren Erfassung der Aktivitäten von Frauen und Männern in der Haus- und Familienarbeit erscheint notwendig, um auch qualitative Merkmale der Arbeiten im häuslichen Bereich erfassen zu können.

Literatur

Eichler, M. (1991): Non-sexist Research Methods. A Practical Guide. London: Routledge.

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Indikatoren des Rehastatus „IRES“, Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben.

Sozialmedizinische Dienste der Bayerischen Landesversicherungsanstalten (LVA Niederbayern-Oberpfalz, Dr. Legner; LVA Oberbayern, Dr. Schmidt; LVA Oberfranken und Mittelfranken, Dr. Eilmes; LVA Schwaben, Dr. Keßler; LVA Unterfranken, Dr. Holderied), Vogel, H. (1998): Vergleich unterschiedlicher Systeme der sozialmedizinischen Begutachtung bei der Steuerung des Reha-Zugangs. Projekt C2 des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Bayern. In DLR-Projektträger des BMBF & Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde (23). Aktualisierte und überarbeitete Auflage.

Worringen, U., Benecke, A. (1998): Fragebogen zur Haus- und Familienarbeit (HF). Universität Würzburg. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern. (Der Fragebogen kann von den Autorinnen angefordert werden).

Rehabilitationsergebnisse bei Frauen in Mutter-Kind-/Müttereinrichtungen: Eine Pilotstudie

Meixner, K., Gerdes, N., Jäckel, W.H.

Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (Stiftungsprofessur des Hochrhein-Instituts, Bad Säckingen), Universitätsklinikum, Freiburg

Rehabilitationseinrichtungen sehen sich zunehmend in der Pflicht, ihre Leistungen gegenüber den Kostenträgern und der Öffentlichkeit zu dokumentieren (Huck et al., 1998). Auf Initiative des Müttergenesungswerks – Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, das in seinen Einrichtungen bereits interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführt (Qualitätssicherung im Müttergenesungswerk, 1997), ist in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, ein Projekt mit dem Ziel entstanden, aus externer Perspektive zur Ergebnis-, Prozess- und Struktur-Qualität Daten zu erheben, auszuwerten und an die Einrichtungen zurückzumelden. Inzwischen sind dem Projekt auch Einrichtungen der Barmer Ersatzkasse beigetreten. Insgesamt nehmen etwa 50 Mutter-

Kind-/Mütter-Einrichtungen am Projekt teil. Im vorliegenden Beitrag werden Daten zur Ergebnis-Qualität aus einer Erhebung in der Vorphase des Projekts dargestellt.

Zur Prüfung der Ergebnis-Qualität wurde der Patientenfragebogen IRES (Indikatoren des Reha-Status) eingesetzt (Gerdes et al., 1995). Ziel der Pilot-Erhebung war es, die Praktikabilität des IRES-Fragebogens für die Befragung von Frauen, die sich in Behandlung in Mutter-Kind-/Mütter-Einrichtungen befinden, zu testen. Dabei standen zwei Fragestellungen im Vordergrund:

1. Lassen sich Belastungsfaktoren der Frauen abbilden?
2. Können mit dem Fragebogen Unterschiede zwischen Behandlungsbeginn und -ende dargestellt werden? Gesonderte Berücksichtigung sollte die Gruppe der besonders belasteten Frauen finden, bei denen ein positives Rehabilitationsergebnis von großer Bedeutung ist.

Insgesamt nahmen 10 Einrichtungen mit je einem Behandlungsdurchgang an der Pilot-Erhebung teil, die im Juni und Juli 1999 stattfand. 198 Frauen wurden zu Behandlungsbeginn und –ende befragt. Im Mittel sind die Frauen 37,7 Jahre alt. 25,9 % der Befragten leben ohne Partner. Im Mittel leben insgesamt 3,8 Personen im Haushalt, wobei 1,9 Personen unter 18 Jahren sind. 56 % der Befragten sind erwerbstätig. Diese Ergebnisse stimmen mit Daten des Müttergenesungswerks grundsätzlich überein (Müttergenesungswerk, 1998).

Im Vergleich zur IRES-Normstichprobe sind die Frauen der Erhebungsstichprobe in den Dimensionen „Schmerzen und Symptome“, „Belastung im Beruf“, „soziale Probleme“ auffällig (Mittelwert über dem 75. Perzentil der Normstichprobe) und in den Dimensionen „Behinderung im Alltag“ sowie „psychische Belastung“ extrem auffällig (Mittelwert über dem 90. Perzentil der Normstichprobe).

Als Ergebnisgrößen wurden die Bereiche Reha-Status, somatischer, funktionaler und psycho-sozialer Status dargestellt (Vergleich der Mittelwerte t0-t1). Im Signifikanztest (t-Test / abhängige Stichproben) sind alle Unterschiede in positiver Richtung signifikant. Zusätzlich wurden die Effektstärken als Quotient aus Mittelwert und Standardabweichung der Differenzen errechnet. Abgesehen vom funktionalen Status ergeben sich starke Effekte. Der Behandlungserfolg bei besonders belasteten Frauen (Reha-Status / erstes Quartil) wird gesondert analysiert. Auch für diese Gruppe von Frauen ergeben sich signifikante Mittelwert-Unterschiede, für die sich im somatischen und psycho-sozialen Bereich starke, im funktionalen Bereich mittlere Effekte errechnen lassen.

Die Auswertungen zeigen, dass sich Belastungsfaktoren der Frauen mit dem IRES abbilden lassen. Ebenso lassen sich Veränderungen in den einzelnen Dimensionen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt darstellen, die als das kurzfristige Rehabilitationsergebnis interpretiert werden. Dies gilt auch für die Gruppe besonders belasteter Frauen. Die Ergebnisse sprechen für die Praktikabilität des IRES für die Ergebnismessung in Mutter-Kind-/Mütter-Einrichtungen.

Dennoch besteht Ergänzungsbedarf, um frauenspezifische Belastungen differenzierter erfassen zu können. Beispielsweise werden zum Bereich „Arbeitsplatz Familie“ im IRES bisher keine Daten erhoben. Vielfältige Anforderungen in diesem Bereich sind jedoch als zusätzliche Einflussgrößen zu betrachten, die den subjektiven Gesundheitszustand von „Familien-Frauen“ beeinflussen (Collatz, 1998). Analog zu Fragen „Belastung am Arbeits-

platz“ wird deswegen in der kommenden Datenerhebung nach Belastungen in der Haus- und Familienarbeit gefragt. Dabei werden die Aspekte Arbeitszeit, Arbeitsumfang, Anforderungen sowie wahrgenommene Anerkennung berücksichtigt.

Literatur

Collatz, J. (1998): Mütterspezifische Belastungen, Gesundheitsstörungen, Krankheit. GAM-Media GmbH, Berlin.

Dokter, A. (1998): Müttergenesungskuren 1997. Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen. Dokumentation des Müttergenesungswerks, Stein.

Dokumentation des Müttergenesungswerks (1997): Qualitätssicherung im Müttergenesungswerk. Stein.

Gerdes, N., Jäckel, W.H. (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. Rehabilitation, 34, XII-XXIV.

Huck, K., Dorenburg, U. (1998): Modelle des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 37, Suppl. 1, 57-64.

Qualitätssicherung in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder

Collatz, J., Arnhold-Kerri, S., Thies-Zajonc, S.

Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule, Hannover

Die Lage von Müttern und ihren Kindern ist in unserer Gesellschaft problematisch geworden. Die psychosoziale und medizinische Versorgung von Müttern und Kindern stellt ein vernachlässigtes, vielschichtiges und vor allem ein sozial strukturelles Problem unseres Gesundheitssystems dar. Vorrangig ist es auf die kurative Versorgung von Krankheit im finalen Stadium angelegt. Unter den wenigen spezifischen strukturellen Angeboten wenden sich Rehabilitations- und Präventionseinrichtungen für Mütter und Kinder mit ihren niedrigschwelligen Angeboten insbesondere an diese Gruppen. Sie sind eine besonders sozial vulnerable und gesundheitsgefährdete Gruppe (Collatz et al., 1996). Unter der Beteiligung der Träger und Institutionen der Müttergenesung und von Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder wurde der Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder 1996 an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet und umfasst z.Zt. ca. 50 Einrichtungen. Der Forschungsverbund verfolgt das Ziel, im ersten Schritt Grundlagenforschung zur Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder zu sichern und nun Qualitätssicherung in den beteiligten Einrichtungen einzuführen.

In einer ersten Forschungsphase wurde nach dem „bottom-up“ Prinzip in internen und externen Qualitätszirkeln eine Struktur- und Konzeptanalyse in den Einrichtungen durchgeführt. Mütterspezifische Belastungen und daraus resultierende Gesundheitsstörungen und Krankheiten wurden als das Leitsyndrom (Collatz et al., 1998) gefasst, um einen spezifischen Begutachtungsleitfaden mit den zentralen Kurindikationen der Kurfrauen und Kurkinder zu entwickeln. Das Leitsyndrom (Abb. 1) – ein Symptomkomplex - zeichnet sich im Kern durch schwere Erschöpfungszustände aus, die in ihren schwersten Ausprägungen bis hin

zu schwerwiegenden depressiven Episoden reichen. Diese werden begleitet durch multiple Befindlichkeitsstörungen und somatoforme Erkrankungen.

Mütter in den letzten Burn out Phasen können infolgedessen ihre gesellschaftlich definierten Funktionen in Familie, Kindererziehung, Partnerschaft und weitere Rollenverpflichtungen nicht mehr wahrnehmen. Aufbauend auf dem Leitsyndrom wurden Erhebungsinstrumente zur indikationsgesteuerten Effektmessung in den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen erprobt.

Abb. 1: Das Leitsyndrom

Kernsyndrom **- Burn-Out-Syndrom** **- schwere Erschöpfungszustände** **- multiple psychosomatische Befindlichkeitszustände** **- somatoforme Beschwerden und Erkrankungen**
Multimorbidität **(weitgehend in frühem Befundstadium)** **- Schädigungen (impairments)**
Multiaxialität multiple psychische und soziale Belastung führen zu: **- Fähigkeitsstörungen (disabilities)** **- sozialen Beeinträchtigungen (handicaps)**
Störungen **- der kindlichen Entwicklung und Gesundheit** **- der Mutter-Kind-Interaktion** **- des Familiensystems und** - **sozialen Netzwerkes**

In der nun andauernden zweiten Forschungsphase werden in dem eigens dafür entwickelten Monitoring zahlreiche Instrumente kombiniert und als repräsentative Erhebung von vier Kurdurchläufen (erwart. n=10.000 Mütter, 12.000 Kinder) eingesetzt. Die Daten der Soziodemographie und die des gesundheitlichen Belastungsprofils im Monitoring gewährleisten eine Analyse der Klientel der Rehabilitationseinrichtungen. Durch die Erhebung anwendungsspezifischer medizinischer Parameter, den Einsatz standardisierter Testverfahren (SCL-90-R, EBF, Testverfahren des Triple-P) in Kombination mit der Erfassung der subjektiven Beurteilung des therapeutischen Erfolgs werden im Prä-Postdesign Auskünfte über die Effektivität der Behandlung gegeben. Als Ergebnis werden die Veränderungen der gesundheitlichen und psychosozialen Situation der Mutter, ihrer Kinder und der Mutter-Kind-Interaktion aufgezeigt. Des weiteren werden im Monitoring Daten zur Prozessanalyse erhoben. Zur Langzeiteffektmessung sind drei Nachbefragungen innerhalb von zwei Jahren nach der Kur geplant. Somit sind regenerative Effekte bezogen auf körperliche, kognitive und emotionale Veränderungen messbar.

Vorläufige Ergebnisse der ersten Forschungsphase reproduzieren Aussagen einer vorherigen Effektivitätsstudie (Collatz et al., 1996). Müttergenesungskuren führen bei einem sehr hohen Anteil der Mütter zu signifikanten und länger andauernden Verbesserungen des Gesundheitszustandes, der Regenerationspotentiale und zu Reduzierungen von psychosozialen Belastungen. Im Durchschnitt geben die Kurfrauen im Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF) an, dass die allgemeine Belastung im Verlauf der Kur sinkt (signifikanter Rückgang von 3,38 auf 1,36 bei sieben-stufiger Skala) und die allgemeine Regeneration steigt von 2,08 auf 3,77.

Die detaillierte Auswertung des Monitorings beginnt Anfang 2000. Der Nachweis von länger als 6 Monaten andauernden Effekten auf die Gesundheit von Mütter und Kinder könnte zum Erhalt dieser wichtigen präventiven und rehabilitativen Maßnahme beitragen.

Literatur

Collatz, J., Borchert, H., Brandt, A., Titze, I. (1996): Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern. Stuttgart, Berlin, Köln: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenreihe Band 126.

Collatz, J., Fischer, G.C., Thies-Zajonc, S. (1998): Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen- Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. Berlin.

Arbeitszufriedenheit im Reha-Team und der Bedarf an psychosozialer Fortbildung

Muthny, F.A., Mariolakou, A.

Institut für Medizinische Psychologie der WWU, Münster

Immer wieder wird auf den Mangel an ganzheitlicher Betrachtungsweise und berufsübergreifender Teamarbeit in der Rehabilitation hingewiesen und festgestellt, dass diese Kenntnisse und Fähigkeiten in der Berufspraxis durch Fortbildung erworben werden müssen (Winter, 1997). Wichtige Ziele von psychosozialer Personalfortbildung und Supervision bestehen vor allem in der Verbesserung der Patientenversorgung durch Kompetenzsteigerung, d.h. in der Qualitätssicherung, in der emotionalen Entlastung der Fachkräfte und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, in der Burnout-Prävention (Heim, 1991; Herschbach, 1991) und grundsätzlich in der Integration psychosozialen Denkens und Handelns in die Akutbehandlung und Rehabilitation. Allerdings gibt es bislang kaum Untersuchungen, die den Fortbildungsbedarf in der Rehabilitation differenziert belegen, noch seltener Evaluationsstudien, die Wirkungen nachweisen - obwohl ein Grundbedarf für interdisziplinäre Fortbildung der Berufsgruppen in der Rehabilitation immer wieder reklamiert wird (Vogel, 1998).

Die zentralen Fragestellungen der Untersuchung betrafen vor allem die Arbeitszufriedenheit verschiedener Berufsgruppen, bisherige Erfahrungen mit psychosozialer Fortbildung und Erwartungen bzw. Wünsche betreffs künftiger Fortbildung und Supervision. Als Instrument der anonymen Untersuchung kam ein Fragebogen zum Einsatz, der aus früheren Erfahrungen (Muthny et al., 1993) für das Feld der Rehabilitation adaptiert und erweitert wurde und sowohl Ratingskalen wie auch offene Fragen enthält. Von 14 angeschriebenen Rehabilitationskliniken konnten 11 für die Untersuchung gewonnen werden und waren bereit, alle Angehörigen der drei häufigsten Berufsgruppen (Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Ärzte) für die einmalige anonyme Untersuchung zu motivieren - wofür ihnen unser besonderer Dank gebührt. 269 Angehörige von Reha-Teams (69 Ärzte, 105 Pflegekräfte und 96 Physiotherapeuten) antworteten und konnten in die Auswertung einbezogen werden. Drei Viertel der Befragten sind mit ihrer Arbeit „zufrieden" oder „sehr zufrieden", am höchsten (86 %) mit dem Verhältnis zu den Patienten, etwas geringer mit dem Verhältnis zum Reha-Team.

Nur 23 % haben bislang an psychosozialer Fortbildung teilgenommen; 77 % wünschen berufsgruppenspezifische Fortbildung, über 60 % plädieren gleichzeitig für die gemeinsame Fortbildung des Reha-Teams. Ca. drei Viertel erwarten von künftigen Angeboten Informationen, die Verbesserung der Handlungskompetenz im Gespräch und eine bessere Bewältigung von Konflikten mit Patienten. Als gewünschte Organisationsform psychosozialer Fortbildung steht „regelmäßige Fortbildung von ein bis zwei Stunden Dauer“ im Vordergrund (59 %), gefolgt von Wochenendseminaren (27 %). Als Arbeitsform wird die Fallarbeit präferiert, gefolgt von der „Besprechung von Problemen innerhalb des Teams“ und dem „Training von Gesprächsführung mit Patienten“. Unter den Fortbildungsthemen stehen der „Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten“ und Depression/Suizidalität ganz im Vordergrund (über 80 %), gefolgt von Krankheitsbewältigung, Psychologie der Angst und „Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes“.

Abschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen aufgezeigt und Ansätze zur Berufsgruppen-übergreifenden Fortbildung und Supervision diskutiert, wie sie sich aus den Ergebnissen ableiten.

Literatur

Heim, E. (1991): Job stresses and coping in health professions. Psychotherapy and Psychosomatics, 55, 90-99.

Herschbach, P. (1991): Stress im Krankenhaus. Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 41, 176-186.

Muthny, F.A., Stegie, R. (1993): Kompetenzerleben und Belastungen von onkologischem Personal – „Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision. In F.A. Muthny, G. Haag (Hrsg.): Onkologie im psychosozialen Kontext, Heidelberg: Asanger, 287-301.

Vogel, H. (1998): Berufsgruppen in der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär. U&S, München, 117 - 131.

Winter, C. (1997): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Konsensfähige Leitlinien für die Praxis. Berlin: Luchterhand.

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken

Farin, E. (1), Meixner, K. (2), Martini, M. (1), Jäckel, W.H. (2)

(1) MediClin / Hurrle Klinik GmbH, Abt. Qualitätssicherung, Durbach, (2) Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Bad Säckingen

Eine Mitarbeiterbefragung stellt ein organisationsdiagnostisches Instrument im Rahmen des Qualitätsmanagements dar, welches zunehmend auch im Gesundheitsbereich an Bedeutung gewinnt (Lehnert et al., 1997). Die Befragung dient dazu, das Wissen und die Erfahrung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Aktivitäten der internen Qualitätssicherung und der Organisationsentwicklung zu nutzen. Gleichzeitig wird den Mitarbeitern durch die Möglichkeit der Stellungnahme und Beurteilung die Chance zur Beteiligung an entsprechenden

Entwicklungsprozessen gegeben. Dem Vorgehen liegen zwei zentrale Annahmen zugrunde: 1. Wissen bezüglich der Organisation und Qualität der Klinikleistungen existiert nicht nur bei der Klinikleitung, sondern ganz wesentlich auch bei den einzelnen Mitarbeitern. Die unmittelbaren, konkreten Probleme und Schwachstellen einer Organisation sind meist denjenigen am besten bekannt, die mit diesen Problemen tagtäglich umgehen. 2. Qualitätsverbesserung und Organisationsentwicklung setzen einen Lernprozess voraus. Lernen erfordert eine Rückmeldung über die Wirkungen und Konsequenzen des eigenen Handelns. Die Mitarbeiterbefragung soll den jeweils Verantwortlichen in der Klinik ein Feedback geben bezüglich des Betriebsklimas, der Qualität der Klinikleistungen, der Effizienz der Klinikorganisation und des Führungsverhaltens der Personen mit Leitungsfunktion.

Die Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit durch Mitarbeiterbefragungen wird in den aktuell diskutierten Ansätzen zum umfassenden internen Qualitätsmanagement (z.B. im DEGEMED-Zertifizierungsverfahren für Rehabilitationskliniken, Farin et al., 1999; und im EFQM-Modell, European Foundation for Quality Management, 1995) als wichtiger Qualitätsindikator angesehen. Zur Zeit ist jedoch unseres Wissens kein Fragebogen verfügbar, der auf Rehabilitationskliniken anwendbar ist, an einer größeren Stichprobe getestet und bezüglich testtheoretischer Gütekriterien abgesichert wurde.

In 21 Rehabilitationskliniken der MediClin-Hurrle Gruppe wurde im Dezember 1996 eine Mitarbeiterbefragung (Entwicklungsstichprobe 1, N=1106) durchgeführt, im Rahmen derer 106 Items zur Erfassung von Mitarbeiterzufriedenheit und zur Bewertung der Klinikleistungen aus Mitarbeitersicht erprobt wurden. Der gleiche Itempool wurde im Frühjahr 1999 im Rahmen einer separaten Befragung in vier Rehabilitationskliniken anderer Trägerschaft erprobt (Entwicklungsstichprobe 2, N=195). Ziel der Erhebung war es u.a., die Reliabilität und Validität des Erhebungsinstruments zu prüfen. Entsprechend der interdisziplinären Mitarbeiterstruktur in Rehabilitationskliniken setzt sich die Stichprobe aus Mitarbeitern der Bereiche Medizin/Psychologie (13 %), Therapie (24 %), Pflege (10 %), Hauswirtschaft (8 %), Küche (12 %), Verwaltung (14 %) und Sonstige (7 %) zusammen (12 % fehlende Werte).

Basierend auf den Ergebnissen dieser beiden Studien wurde ein reduzierter Fragebogen (MIZU-REHA) mit 81 Items entwickelt. Erfasst werden:

- das Betriebsklima (z.B. Spannungen, Kommunikation und Hilfsbereitschaft unter Kollegen, Form der Konfliktaustragung): Skala mit 7 Items (Cronbachs Alpha CrA = 0.84)
- der Führungsstil des unmittelbaren Vorgesetzten (z.B. Mitarbeiterkommunikation und –informierung, Motivierung von Mitarbeitern, Umgang mit Kritik an Mitarbeitern): Skala mit 14 Items (CrA = 0.95)
- die interne Organisation und Kommunikation (z.B. Festlegung von Zuständigkeiten, Einrichtung von Kommunikationswegen, Verbesserungsbedürftigkeit von Arbeitsabläufen, Informationsaustausch zwischen Abteilungen, Koordination der Tätigkeiten, Mitarbeiterbeteiligung an Organisationsproblemen): Skala mit 14 Items (CrA = 0.91)
- die „organisationale Rigidität vs. Flexibilität“ (z.B. Starrheit von Vorschriften, Kontrolle der Mitarbeiter, Regelungstiefe von Arbeitsabläufen): Skala mit 4 Items (CrA = 0.64)
- Kündigungsüberlegung und Freizeitorientierung
- Zufriedenheit und persönliche Wichtigkeit von 11 Aspekten der Arbeit (z.B. Fortbildungsmöglichkeiten, Bezahlung, Arbeitszeitregelung)

- vom Mitarbeiter wahrgenommene Schwachstellen der Klinikorganisation
- vom Mitarbeiter wahrgenommene Patientenzufriedenheit

Der Fragebogen ist anonym und erfordert keine handschriftlichen Eintragungen. Als personenbeziehbare Variable wird lediglich die Abteilungszugehörigkeit erfragt. Die vier Skalen des Fragebogens (Betriebsklima, Führungsstil des Vorgesetzten, interne Organisation und Kommunikation, organisationale Rigidität und Flexibilität) bilden sich bei vier vorgegeben Faktoren in der Entwicklungsstichprobe 1 sehr gut, in der Entwicklungsstichprobe 2 gut ab.

Auf den Skalen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken, wobei die Ergebnisse im plausiblen Zusammenhang stehen mit der Beantwortung unabhängiger Items in den Fragebereichen „Arbeitszufriedenheit“ und eingeschätzte „Schwachstellen der Klinikorganisation“. Ein Vergleich der Skalenmittelwerte von zufriedenen vs. unzufriedenen Mitarbeitern bzw. Mitarbeitern, die sich mit einer Kündigungsabsicht tragen vs. solche, die dies nicht tun, ergab signifikante Unterschiede (t-Test) in der erwarteten Richtung. Diese Ergebnisse werden als Hinweise für die Validität der Skalen interpretiert.

Zur Zeit wird der überarbeitete MIZU-REHA an einer erneuten Stichprobe überprüft Der MIZU-REHA wird in Zukunft sowohl im Rahmen des internen Qualitätsmanagementsystems der MediClin-Hurrle Kliniken (regelmäßige Mitarbeiterbefragungen in allen 32 Kliniken der Gruppe alle 2-3 Jahre) als auch im Rahmen der Erstellung von Qualitätsprofilen für Rehabilitationseinrichtungen (Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Hochrhein-Institut, Bad Säckingen) eingesetzt werden.

Literatur

European Foundation for Quality Management (1995): Selbstbewertung. Richtlinien für den Öffentlichen Sektor: Gesundheitswesen. Brüssel.

Farin, E., Brandmaier, R., Eversmann, B., Dehmlow, A., Lutzmann, T. (1999): Die Zertifizierung von Rehabilitationskliniken nach dem Verfahren der DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation), Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 47, 57-59.

Lehnert, E., Muehlbauer, B., Strack, D. (1997): Mitarbeiterbefragung - Ein Instrument des Total Quality Managements im Krankenhaus. In: W. Bungard & I. Joens, Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 354-368.

Nachsorgeangebote nach medizinischen Reha-Maßnahmen – Konzepte und Erfahrungen

Mathiszig, S., Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U.

Arbeitsgruppe Reha-Forschung, Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

Seit längerem ist bekannt, dass es nach einer stationären Reha-Maßnahme beim Wiedereinstieg in den Alltag häufig schwierig ist, die im Rahmen der Maßnahme erreichten Erfolge zu verstetigen.

In jüngster Zeit haben deshalb verschiedene Landesversicherungsanstalten und die BfA spezielle Konzepte entwickelt, mit Hilfe ambulanter Nachsorgeangebote im Anschluss an eine stationäre rehabilitative Maßnahme den Rehabilitationserfolg langfristig zu sichern und evtl. weiter auszubauen.

Da diese Programme erst in jüngster Zeit entwickelt wurden, fehlt es bislang noch an systematischen Erfahrungsberichten oder wissenschaftlich fundierten Analysen solcher Programme.

Ziel der Studie

Zunächst sollen verschiedene Nachsorgemaßnahmen hinsichtlich ihrer Konzeptionen und ihres Umsetzungsstandes miteinander verglichen und erste Erfahrungen berichtet werden.

Speziell für das von der LVA Westfalen seit Januar 1998 geschaffene Nachsorgekonzept nach stationärer orthopädischer Rehabilitation sollen detaillierter der Grad der Implementierung und erste empirische Daten vorgestellt werden. Hierzu wurde im Rahmen einer Vorstudie das Verordnungsverhalten in den Kliniken, der Informationsstand in den Einrichtungen, Motivation und Einstellungen der Patienten zum Programm sowie mögliche Erfolge untersucht werden.

Methode

Neben Expertengesprächen und Analysen verschiedener Nachsorgekonzepte wurden im Rahmen einer Vorstudie erste detailliertere Daten zum Nachsorgeprogramm der LVA Westfalen gesammelt, die der Planung einer umfassenden Evaluationsstudie dienen sollen.

Mit Hilfe von Expertengesprächen in fünf orthopädischen Rehabilitationskliniken soll das Verordnungsverhalten in den Kliniken und die Bewertung des Programms analysiert werden. Im Rahmen einer ersten explorativen Befragung wurde die Sichtweise von Versicherten, die an solchen Nachsorgeangeboten teilgenommen haben, erfasst. Ergänzend wurden die entsprechenden anonymisierten Entlassungsberichte analysiert. Die Versicherten wurden katamnestisch 6 Monate nach Abschluss ihrer stationären Rehabilitation zu Erfahrun-

gen bei der Einleitung und Durchführung der Nachsorgemaßnahme mittels Fragebogen befragt.

Im Rahmen dieser ersten Datenerhebung liegen bislang von 21 Patienten, die an der Maßnahme teilgenommen hatten, vollständig bearbeitete Fragebogen vor.

Ergebnisse

Die von den Kliniken berichteten Erfahrungen zeigen, dass nur bei einem geringeren Teil der Versicherten entsprechende Nachsorgemaßnahmen verordneten werden. Von diesen wiederum nimmt weniger als die Hälfte solche Angebote in Anspruch.

Die vorläufige Auswertung der Versichertenbefragung ergab u.a., dass die Nachsorge von den Teilnehmern insgesamt als positiv bewertet wird. Für die Einschätzung der Versicherten über das Nachsorgeangebot spielt dabei der Grad der Zufriedenheit mit der stationären Rehabilitation eine besonders wichtige Rolle. Sehr viel weniger bestimmen Krankheitsaspekte wie z.B. der Grad der erlebten Einschränkung durch die Erkrankung eine Rolle für die Bewertung des Nachsorgeangebotes. Geprüft werden soll u.a. auch, welche Barrieren Versicherte eine Inanspruchnahme solcher Angebote erschweren.

Diskussion

Auf der Grundlage der bisher geführten Gruppen- und Einzelinterviews können zahlreiche Anregungen zur Optimierung von Nachsorgeangeboten abgeleitet werden. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung lassen aber auch vermuten, dass die Erfahrungen der Versicherten in den Reha-Kliniken entscheidend mit dafür verantwortlich sind, ob solche Angebote in Anspruch genommen werden und wie hilfreich sie erlebt werden.

Literatur

Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (1991): Abschlußberichte. Bd. 3. Arbeitsbereich: Rehabilitations-Konzepte. Frankfurt/M, VDR.

BfA (1998): Vorstellung der Rahmenkonzeption Intensivierte Reha-Nachsorge „IRENA“, Bundesversicherungsanstalt für Arbeit BfA, Berlin.

Ist die routinemäßige Diagnostik der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein geeignetes Instrument zur Planung, Steuerung und Bewertung von Rehabilitationsprozessen?

Joppich, G. (1), Meier, U. (1), Reuther, P. (2), Wendel, C. (3), Fries, W. (3)

(1) arc, Grevenbroich, (2) ANR, Ahrweiler, (3) Praxis Prof. Fries, München

Rehabilitation ist eine komplexe, d.h. koordinierte berufsgruppenübergreifende medizinische Behandlung mit hoher Zielorientierung in Hinblick auf Krankheitsfolgenbewältigung und psychosozialer Integration. Dabei wird in der Behandlung das Potential für Restitution, Kompensation und Adaptation berücksichtigt und die persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren einbezogen. Rehabilitation folgt damit einem ganzheitlichen Anspruch i.S. des Krankheitsfolgenmodells der WHO. Die Rehabilitationsplanung und Durchführung nimmt in

der Zielorientierung und im therapeutischen Inhalten auf dieses theoretische Konstrukt Bezug.

Im klinischen Alltag ergibt sich die Schwierigkeit, dass bisher lediglich für die Ebene des Impairments eine ausreichende Anzahl von geeigneten Diagnoseinstrumenten vorliegt. Für die Evaluation des Rehabilitationserfolges sind jedoch die alltagsrelevanten Veränderungen auf den Ebenen der Aktivität und Partizipation von entscheidender Bedeutung, d.h. ob im häuslichen oder beruflichen Alltag, sowie im psychosozialen Umfeld Verbesserungen oder sinnvolle Anpassungen erzielt worden sind.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bietet aus dem bestehenden Dilemma einen Ausweg, da sie ein multidimensionales Konstrukt ist, dessen Kerndimensionen die Bereiche des funktionellen Status, der krankheitsbezogenen Symptome sowie der psychologischen und sozialen Funktionen umfasst (Aaronson, 1988). Die verfügbaren Messinstrumente ermöglichen eine weitgehend objektive Erhebung.

In den Zentren der Arbeitsgemeinschaft Ambulante Neurologische Rehabilitation der neurologischen Berufsverbände wird neben der bereichsspezifischen Diagnostik das speziell für neurologische Patienten entwickelte Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI) in der alltäglichen Routine eingesetzt. Erste Erfahrungen in einem Pilotprojekt (Meier et al., 1999) haben gezeigt, dass sich das ALQI als veränderungssensitives Messinstrument zur Beschreibung von Rehabilitationsergebnissen eignet. Darüber hinaus ist es von besonderem Wert zur Explikation von Partizipationsstörungen und eignet sich somit zur initialen Bestimmung und der verlaufsbezogenen Modifikation der Zielbereiche. Für das Rehabilitationsteam ist das ALQI somit ein Instrument zur Planung und Steuerung von Rehabilitationsverläufen.

Erstmals liegen durch eine multizentrische Datenerhebung im Rahmen des Qualitätsmanagement der AG-ANR umfangreiche Erfahrungen vor. Die qualitative und quantitative Auswertung der Daten wird unter der besonderen Berücksichtigung der spezifischen Therapiemöglichkeiten der ambulanten neurologischen Rehabilitation vorgestellt und diskutiert.

Literatur

Aaronson, N.K. (1988): Quality of Life: what is it? How should it be measured? Oncology, 2, pp 69–74.

Bullinger, M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. Psychother Psychosom Med Psychol, 47, pp 76-91.

Hütter, B.O., Gilsbach, J.M. (1996): Das Aachener Lebensqualitätsinventar für Patienten mit Hirnschädigungen: Entwicklung und methodische Gütekriterien. In: Möller H.-J., Engel RR, Hoff P (eds) Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. Springer, Wien, pp 83-101.

Meier, U., Joppich, G. (1999): Das Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI) in der Ambulanten Neurologischen Rehabilitation. In: von Wildt, K. R. H. (eds) das schädelhirnverletzte Kind, motorische Rehabilitation, Qualitätsmanagement. Zuckschwerdt Verlag München, pp 314–315.

Entwicklungsaufgaben der klinischen Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Mans, E.J.

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach

Hintergrund

Die soziale Dimension der Behandlung ist ein wesentliches konzeptionelles Element der medizinischen Rehabilitation. Der ganzheitliche Rehabilitationsbegriff der Sozialgesetzgebung, das biopsychosoziale Krankheitsmodell und die interdisziplinäre Rehabilitationskonzeption der Rentenversicherungsträger definieren eine soziale Komponente von gesundheitlicher Behinderung und medizinischer Rehabilitation als integrativen Bestandteil der Theorie und Praxis dieses Bereichs des Gesundheitssystems. Die Mitwirkung einer auf diese Dimension spezialisierten Berufsgruppe an der klinischen Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen ist von den Grundlagen der Rehabilitation her unabdingbar (Mans, 1994, 1996).

Mit dieser konzeptionellen Ausrichtung wird ein Aufgabengebiet der klinischen Sozialen Arbeit im Rehabilitationsbereich des medizinischen Versorgungssystems konstituiert und ein spezifisches Tätigkeitsfeld von Sozialarbeitern im Gesundheitssystem umrissen. Deren theoretische und praktische Ausgestaltung freilich steckt in den Anfängen. Die geringe Zahl von Veröffentlichungen besteht überwiegend aus klinischen Praxisberichten und exemplarischen Fallbeschreibungen; systematische Überlegungen sind selten (Mans, 1997).

Fragestellung

Bei diesem Sachstand stellt sich der Sozialen Arbeit als Disziplin die Aufgabe, eine eigenständige Konzeption der klinischen Sozialen Arbeit im Rehabilitationsbereich des Gesundheitssystems zu entwickeln. Dabei bilden einmal disziplinspezifische Überlegungen zur wissenschaftlichen Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen einen Rahmen (Homfeldt et al., 1997; Sting et al. 2000), zum anderen geben die Bedingungen der medizinischen Rehabilitation bereichsspezifische Bezugspunkte vor (Delbrück, 1998). Für die Entwicklung einer Konzeption der klinischen Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sind einige Bereiche von grundlegender Bedeutung.

Konzeptionelle Entwicklungsbereiche

Grundkonzeption

Mit den allgemeinen konzeptionellen Grundlagen der Rehabilitation und der fachwissenschaftlichen Logik der Sozialen Arbeit liegt ein theoretischer Bezugsrahmen vor, in dem eine Konzeption der klinischen Sozialen Arbeit in der Rehabilitation formuliert werden kann. Die fachspezifische wie rehabilitationsbezogene Ausgestaltung der sozialen Dimension von Gesundheit, Behinderung und Rehabilitation sollte dabei im Zentrum stehen. Das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Kontext der medizinischen Rehabilitation, die Identität von klinisch-rehabilitativen Sozialarbeitern als spezialisierter Berufsgruppe sowohl gegenüber anderen rehabilitationsrelevanten Professionen als auch gegenüber Sozialarbeitern in anderen gesellschaftlichen Bereichen sowie die Selbstdarstellung in Wissenschaft und Praxis der medizinischen Rehabilitation sind hier unter anderem auszuarbeiten.

Organisationsform

In der Theorie der klinisch-rehabilitativen Sozialen Arbeit müssen Aussagen über ihre Organisation im Gesamtbereich der medizinischen Rehabilitation wie in Rehabilitationseinrichtungen gemacht werden. Alternative Organisationsmodelle sollten vorgelegt werden, die auch institutions- und indikationsspezifische Differenzierungen ausweisen. Auch Überlegungen zu der Positionierung von Sozialarbeitern in der Personalstruktur der medizinischen Rehabilitation, ihrer Stellung in der fachlichen und institutionellen Hierarchie sowie Fragen ihrer personellen und sächlichen Ausstattung sind hier erforderlich.

Interaktions- und Kommunikationsstruktur

Modelle der Kommunikation und Kooperation innerhalb der Disziplin wie mit anderen Professionen der Institutionen und Professionen des medizinischen Rehabilitationsbereichs müssen entwickelt werden. Von besonderer Bedeutung sind dabei spezifische und differenzierte Formen der Teamarbeit und der fallbezogenen Zusammenarbeit.

Diagnostik

Zu den Entwicklungsaufgaben gehört auch der Entwurf von diagnostischen Methoden und Instrumenten für die soziale Dimension der medizinischen Rehabilitation. Untersuchungsverfahren für einzelne soziale Problembereiche wie ein allgemeines klinisch-rehabilitatives Sozialinterview sind Bestandteile der disziplinspezifischen Diagnostik. Auch das Verhältnis der sozialen Diagnostik zur Diagnostik anderer Disziplinen sowie ihre Funktion im Gesamtkonzept der medizinischen Rehabilitationsdiagnostik sind anzugeben.

Interventionsformen

Die klinisch-rehabilitative Soziale Arbeit muss spezifische Interventionsformen entwickeln. Dazu müssen traditionelle Verfahren der Sozialen Arbeit mit möglicherweise notwendigen Modifikationen herangezogen und neue Methoden für den Rehabilitationsbereich erarbeitet werden.

Weitere Entwicklungsbereiche

Darüber hinaus muss die Entwicklung einer Konzeption der klinischen Sozialen Arbeit in der Rehabilitation sich auch auf weitere Bereiche wie empirische Forschung, Qualitätssicherung und Aus- und Weiterbildung erstrecken.

Ausblick

Die Entwicklung einer Konzeption der klinischen Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ist sowohl ein Beitrag zur Ausgestaltung der Disziplin der Sozialen Arbeit und zur differenzierten Professionalisierung der Sozialarbeiter im Gesundheitswesen als auch ein Schritt zum theoretischen Ausbau und zum Fortgang der konzeptionellen Eigenständigkeit der medizinischen Rehabilitation. Daher ist diese Entwicklungsarbeit gleichermaßen spezielle konzeptionelle Aufgabe der Sozialen Arbeit im Rehabilitationsbereich wie der allgemeinen Theorieentwicklung der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

Delbrück, H., Haupt, E. (eds) (1998): Rehabilitationsmedizin. Ambulant – teilstationär – stationär. 2. Aufl. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Homfeldt, H.G., Hünersdorf, B. (eds) (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied: Luchterhand.
Mans, E.J. (1994): Der Beitrag der Sozialarbeit zur psychosomatischen Rehabilitation in der Rentenversicherung. Das Gesundheitswesen 56, 439-443.
Mans, E.J. (1996): Funktionen des Sozialarbeiters im multiprofessionellen Team der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 35, 119-125.
Mans, E.J. (1997): Konzeptionelle Aspekte der Sozialen Arbeit in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. neue praxis 27, 344-356.
Sting, S., Zurhorst, G. (eds) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. München: Juventa.

Hilfsmittelversorgung in der neurologischen Rehabilitation

Bestmann, A., Lingnau, M.L., Hesse, S.

Klinik Berlin der Freien Universität, Berlin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Hilfsmittel sind integraler Bestandteil der Rehabilitation von Patient/innen nach Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Gehirntumor und Multipler Sklerose. Nur wenige Studien geben bisher Auskunft über Art, Umfang und direkte Kosten der verordneten Hilfsmittel in einer Rehabilitationsklinik bzw. über häusliches Gebrauchsverhalten und Zufriedenheit der Patienten mit den Hilfen.

Das nun vorliegende Projekt ist eine im Rahmen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger finanzierte prospektive Studie zur Hilfsmittelversorgung während der Rehabilitation an der Klinik Berlin. Ziel des Projekts ist es, einen Beitrag zur Einschätzung zukünftiger, hilfsmittelbedingter, direkter Kosten sowie zur Optimierung von Versorgungsstrukturen in der Rehabilitation zu leisten.

Methodik

Die im Folgenden vorgestellte Fragestellung betrifft Art, Umfang und Kosten der rehabilitativen Hilfsmittelversorgung.

Zur Beantwortung dieser Frage werden in einer prospektiven Längsschnittstudie mit Ein-Gruppen Prä-/Post-Design über 18 Monate alle in der Klinik Berlin verordneten sowie bereits zum Aufnahmezeitpunkt vorhandenen Hilfsmittel (Geh- und Mobilitätshilfen, häusliche- und Anziehhilfen sowie Badezimmer- und Pflegehilfen) dokumentiert. Zur Ermittlung der direkten Kosten wurden anhand von 3-4 Hilfsmittelkatalogen, auf deren Grundlage die Therapeut/innen und Ärzt/innen der Klinik Berlin üblicherweise Hilfsmittel auswählen, Mittelwertpreise gebildet.

Das Studienkollektiv umfasst alle Patient/innen der Klinik Berlin mit Zustand nach Gefäßinsult, Gehirntumorresektion, Schädelhirntrauma sowie mit Multipler Sklerose.

Ergebnisse

Die Auswertung basiert auf n=363 vollständigen Datensätzen.

1. Anamnese und Phase der Anschlussheilbehandlung (AHB-Phase)

Das Studienkollektiv besteht aus 72,5 % Patienten mit Zustand nach Insult, 11,8 % nach Gehirntumorresektion, 10,5 % nach Schädelhirntrauma sowie 5,2 % mit MS:

Hinsichtlich der zum Aufnahmezeitpunkt bestehenden Rehabilitationsphase gliedert sich die Stichprobe wie folgt: 6,9 % der Patient/innen gehören der Phase B an, 14 % der Phase C, 73,3 % der Phase D, und 5,5 % sind anderen Heilverfahren zuzuordnen. Auf der Grundlage der jeweiligen Rehabilitationsphase entrichten die Kostenträger die sogenannten Pflegesätze an die Kliniken.

2. Hilfsmittelversorgung

Umfang und Art der Hilfsmittelversorgung

Die Untersuchung schließt die Erfassung von Geh- und Mobilitätshilfen (z.B. Gehstützen, Rollator, Valenser Schiene, Rollstuhl), Badezimmerhilfen (z.B. Duschklappsitz, Toilettensitzerhöhung, Badelift), Transfer- (z.B. Rutschbrett, Schwellenrampe) sowie Pflegehilfen (z.B. Krankenbett, Antidekubitusauflagen) ein. Bezogen auf dieses Spektrum verfügen 50,1 % der Patient/innen bei Aufnahme in die Klinik über keinerlei Hilfsmittel, während die restlichen 49,9 % der Patient/innen bereits mindestens ein Hilfsmittel besitzen. In Relation zur Gesamtstichprobe sind pro Patient/in im Mittel 1,1 Hilfsmittel vorhanden. In der Klinik Berlin erhalten 122 Patient/innen (33,6 %) zusätzlich durchschnittlich 3,3 Hilfsmittel, bezogen auf die Gesamtstichprobe sind dies im Mittel 1,1 % Hilfsmittel.

Nach Beendigung der Rehabilitation ist der Patientenanteil mit mindestens einem Hilfsmittel auf 62,3 % gestiegen, 37,7 % verlassen demgegenüber die Klinik ohne jegliche technische Hilfe. Durchschnittlich ist das Kollektiv nach dem Klinikaufenthalt mit 2,3 Hilfsmitteln ausgestattet.

3. Ausgaben für verordnete Hilfsmittel

Die in der Klinik Berlin vom Untersuchungsbeginn bis zum 11.10.99 verordneten Hilfsmittel belaufen sich auf insgesamt DM 332433-,. Im Mittel wurden somit pro Patient DM 916-, ausgegeben. Der durchschnittliche Preis für ein in der Klinik Berlin verordnetes Hilfsmittel beläuft sich auf DM 2770-, (range = DM 18833,50-,), wobei der Leichtgewichtgehstock mit DM 57,50-, das am häufigsten verordnete Hilfsmittel darstellt.

Setzt man die Ausgaben der Hilfsmittel in Relation zu den Gesamtausgaben einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ergibt sich aufgesplittet in die 3 Phasen folgendes Verhältnis:

Rehabilitationsphase	**Patienten (n)**	**mittlere Aufenthaltsdauer pro Patient (Tage)**	**verordnete Hilfsmittel pro Patient (n)**	**% Hilfsmittelkostenanteil an Gesamtkosten des Reha-Aufenthalts**
Phase B	25	76,7	4,1	7,1 %
Phase C	51	57,8	3,1	9,5 %
Phase D / andere Heilverfahren	286	37,8	0,5	2,5 %

Diskussion und Schlussfolgerungen

122 Patienten erhalten in der Klinik Berlin 407 Hilfsmittel. Die Patientengruppe mit den meisten verordneten Hilfen – Schlaganfallpatienten der Reha-Phase B und C bekamen durchschnittlich 4,1 – 3,1 Hilfsmittel pro Patient verordnet.

Verglichen mit Studien zur Hilfsmittelversorgung in den USA (mit durchschnittlich 9,3 und 9,1 Hilfsmittel pro Person) werden in der Klinik Berlin deutlich weniger technische Hilfen verordnet bei vergleichbarer ADL-Fähigkeit (76 % auf der Barthel-Index-Skala (0-100) in unserer Studie vs. 77,3 % auf dem Functional Independence Measurement der amerikanischen Studie (0-91) (Mann et al., 1993, 1995; Hesse et al., 1996)).

Hinzugefügt werden muss hier allerdings, dass die durchschnittliche Liegedauer in der Rehabilitation in Deutschland deutlich höher ist als die in den USA (43,5 vs. 37,0 Tage) (Granger et al., 1988). Der prozentuale Anteil der Hilfsmittelkosten an den Gesamtausgaben für eine Rehabilitationsmaßnahme ist allerdings in beiden Ländern vergleichbar (USA mit 8 % vs. Klinik Berlin 7,1 bzw. 9,5 %) (Hesse et al., 1996; Adelman, 1981; Dobkin, 1995).

Gründe für die unterschiedliche Hilfsmittelausstattung der Patienten könnten zum einen der längere Reha-Aufenthalt in Deutschland sein, der den Patienten eine umfassendere Genesung ermöglicht. Anzuführen ist hier allerdings auch die in Deutschland sehr zögerliche Verordnungspraxis von Hilfsmitteln begründet in der Angst, die Patienten von den Hilfen abhängig zu machen.

Literatur

Mann, W.C., Hurren, D., Tomita, M. (1993): Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. Am J Occup Ther; 47, 980-987.

Mann, W.C., Hurren, D., Tomita, M. (1995): Assistive devices for home-based older stroke survivors. Top Geriatr Rehabil, 10, 75-86.

Hesse, S., Gahein-Sama, A.L., Mauritz, K.H. (1996): Technical aids in hemiparetic patients: prescription, costs and usage. Clinical Rehabilitation, 10, 328-333.

Granger, C.V., Hamilton, B.B., Greshan, G.E. (1988): The stroke rehabilitation outcome study. Part I: general description. Arch Phys Med Rehabil, 69, 506-509.

Adelman, S.M. (1981): The national survey of stroke. Stroke, 12 (suppl 1), 69-78.

Dobkin, B. (1995): The economic impact of stroke. Neurology, 45 (suppl 1), 6-9.

Wiederherstellung der Greiffunktion bei Tetraplegikern mittels Freehand-Neuroprothese

Rupp, R., Fromm, B., Mayer, B., Gerner, H.J.

Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, Abteilung Orthopädie II / Schwerpunkt Rehabilitationsmedizin, Heidelberg

Hintergrund

Die Wiederherstellung ausgefallener Funktionen mittels Elektrostimulation bei Querschnittgelähmten ist seit Jahrzehnten Ziel intensiver Forschungsbemühungen. Speziell für die Wiederherstellung einer zu schwachen bzw. ausgefallenen Greiffunktion wurden verschie-

dene Systeme zur Funktionellen Elektrostimulation (FES) der Hand entwickelt, die sich in zwei Untergruppen aufteilen lassen: zum einen existieren sogenannte Oberflächensysteme (Prochazka et al., 1997), die mittels auf die Haut des Unterarmes aufgeklebten Elektroden eine Stimulation der Handfunktion durchführen. Diese Systeme konnten sich in der breiten klinischen Anwendung infolge geringer und schwierig reproduzierbarer Selektivität und aufwendiger Handhabung nicht durchsetzen. Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren die Entwicklung von implantierbaren Systemen forciert, bei denen sich Elektroden, Kabel und Elektrostimulator gänzlich unter der Haut befinden.
Zu dieser Gattung gehört das Freehand-System (Smith et al., 1987; Keith et al., 1989), von dem seit der Zulassung im Jahre 1997 weltweit 130 Systeme erfolgreich im Einsatz sind.

Methodik

Im Februar diesen Jahres wurde erstmalig im deutschsprachigen Raum eine derartige Neuroprothese an der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg bei einem querschnittgelähmten Patienten (Tetraplegie unterhalb C5/6) implantiert.
Bis zum selbständigen Einsatz des Freehand-Systems durch den Patienten wurde von einem interdisziplinären Reha-Team ein vielschichtiges Arbeitsprogramm durchgeführt: Vor dem eigentlichen Einbau des Systems mussten zu Beginn die Auswahlkriterien zur Patientenselektion, dann die Planung der Konfiguration der Neuroprothese hinsichtlich zu stimulierender Muskelgruppen und Sehnentransfers bis hin zu Methodik und praktischer Durchführung der präoperativen perkutanen Elektrostimulation mit dem Ziel eines Aufbaus der gelähmten Muskulatur festgelegt werden.
Nach Immobilisation des operierten Armes zur Schonung der Sehnentransfers und nach Beginn des funktionellen Trainings mit der Freehand-Neuroprothese war eine langwierige Adaption der Stimulations- und Kontrollparameter an die individuellen Gegebenheiten des Patienten notwendig, um einen sinnvollen funktionellen Einsatz zu ermöglichen.

Ergebnis

Zum Abschluss der postoperativen Erstrehabilitation wurde durch umfangreiche Optimierung aller Freehand-Systemparameter ein wesentlicher funktioneller Zugewinn für den Patienten erreicht und anhand standardisierter Messmethoden, wie Grasp-Release Test (Wuolle et al., 1994) und ADL-Scale, dokumentiert. Der Patient kann nun Alltagsaktivitäten wie Essen und Schreiben selbständig durchführen, ohne dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen zu sein.

Diskussion

Mit dem Freehand System existiert erstmalig eine kommerziell verfügbare, mehrkanalige, implantierbare Neuroprothese, von der Tetraplegiker mit fehlender oder zu schwacher Greif- und Haltefunktion der Hände und Finger profitieren können. Die Kombination aus Elektrostimulationssystem und operativem Transfer von Sehnen bildet ein Gesamtkonzept, das eine Wiederherstellung der Greiffunktion erlaubt. Voraussetzung für die Verwendung des Systems ist dabei eine ausreichende aktive Schulter- und Beugebeweglichkeit im Ellenbogen.

Ausblick

Durch technische Fortschritte im Bereich der Steuerung der Handfunktion und durch die Bereitstellung von zusätzlichen Stimulationskanälen wird der Anwendungsbereich der Neuroprothese erweitert und die Handhabung für den Patienten weiter erleichtert werden.

Literatur

Prochazka, A., Gauthier, M., Wieler, M., Kenwell, Z. (1997): The bionic glove: an electrical stimulator garment that provides controlled grasp and hand opening in quadriplegia, Arch Phys Med Rehabil., Jun;78 (6), 608-614.

Smith, B., Peckham, P.H., Keith, M.W., Roscoe, D.D. (1987): An Externally powered, multichannel, implantable stimulator for versatile control of paralyzed muscle, IEEE Trans. Biomed. Eng. 34, 499-508.

Keith, M.W., Peckham, P.H., Thrope, G.B., Stroh, K.C., Smith, B., Buckett, J.R., Kilgore, K.L., Jatich, J.W. (1989): Implantable functional neuromuscular stimulation in the tetraplegic hand, J Hand Surg [Am]., May;14(3), 524-530

Wuolle, K.S., Van Doren, C.L., Thrope, G.B., Keith, M.W., Peckham, P.H. (1994): Development of a quantitative hand grasp and release test for patients with tetraplegia using a hand neuroprosthesis, J Hand Surg [Am]. Mar;19(2), 209-218.

Erfahrungen in der Prothesenversorgung der unteren Extremitäten unter Berücksichtigung von Klassifizierungs-Systemen

Middeldorf, St., Casser H.R.

Klinikum Staffelstein, Orthopädische Klinik, Staffelstein

Ziel dieser Arbeit ist es, Erfahrungen in der Prothesenversorgung nach Amputationen im Bereich der unteren Extremitäten unter Einsatz von Klassifizierungs-Systemen darzustellen.

Der Erfolg der Prothesenversorgung hängt neben der lokalen Stumpfsituation, der Amputationshöhe und dem körperlichen Allgemeinzustand vor allem von der Qualität der orthopädietechnischen Versorgung ab. Die immer höher werdenden Ansprüche der beinamputierten Patienten an ihre Prothese wird die Industrie durch ein facettenreiches Angebot gerecht.

Die Zusammenstellung der einzelnen Komponenten zu einer gesamten Prothese ist schließlich das Ergebnis komplexer Auswahl- und Entscheidungsprozesse, die sinnvollerweise durch eine Zusammenarbeit zwischen dem Orthopädietechniker und dem für die Versorgung verantwortlich zeigenden Arzt erfolgt. Um die optimale Prothese zusammenstellen zu können, kommt in unserem Hause als Entscheidungshilfe das Klassifizierungssystem von Otto-Bock zum Einsatz.

Im Zeitraum vom Januar 1996 bis zum Oktober 1997 wurden 70 Patienten im Alter zwischen 32 und 74 Lebensjahren unter Berücksichtigung des genannten Klassifizierungssystems in unserer Klinikwerkstatt prothetisch versorgt. Hierbei handelt es sich um Patienten mit Amputationen im Bereich des Ober- und Unterschenkels sowie Patienten nach Knie-Exartikulation. Die Dokumentation der Befunde erfolgte im Rahmen der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung anhand eines speziellen standardisierten Befundbogens.

Die Auswahl der Bauteile der entsprechenden Prothesen wurde unter Berücksichtigung des Otto-Bock-Klassifizierungssystems durchgeführt. Bekannte Größen bei der Anwendung des Systems müssen zum einen das Gewicht und zum anderen die individuelle Aktivität und Leistungsfähigkeit des Patienten sein.

Bezüglich der individuellen Aktivität und Leistungsfähigkeit kann das „LPAD 90-System“ (Löhr et al., 1993) zur Anwendung. Dieses System berücksichtigt die Lebensbereiche „Familie/Gesellschaft“, „Beruf“ und „Freizeit“. Aus der Addition der erzielten Punkte in den verschiedenen Kategorien ergibt sich ein Aktivitätsgrad, der zu Vorschlägen für eine „Geriatrik-Versorgung“, „Jedermann-Versorgung“ oder „Dynamische-Versorgung“ führt.

Diese ermittelte Funktionsklasse wurde in das Otto-Bock-Klassifizierungssystem integriert. Aus der Kombination der Einteilung nach Körpergewicht (3 Gewichtsklassen) sowie Einteilung nach Funktionen ergibt sich eine systematische 9-Feld-Darstellung, die eine bedarfsgerechte Systematisierung der Bauteile für Modular-Beinprothesen ermöglicht.

Die Ergebnisse mit dem Einsatz von Klassifizierungsmodellen, hier am Beispiel des Otto-Bock-Klassifizierungssystems (für Modular-Beinprothesen), im Rahmen der stationären Rehabilitation in unserem Hause zeigen, dass es sich um ein im klinischen Alltag praktikables Verfahren handelt. Es ermöglicht dem verordnenden Arzt sowie dem Orthopädietechniker die Passteile auszuwählen, die miteinander kombiniert ein Optimum an Sicherheit und Funktion bieten. Bei dem in unserem Hause überwiegend befindlichen Patientengut (u.a. orthopädisch-geriatrische Rehabilitation) ist zu berücksichtigen, dass durch den häufig bestehenden reduzierten Allgemein- und Kräftezustand leichte Bauteile, z.B. aus Titan und Aluminium zu bevorzugen sind.

Weiterhin stellt eine rasche Verfügbarkeit der Bauteile zur bedarfsgerechten Versorgung der Patienten einen wichtigen Aspekt im Hinblick auf die Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen dar.

Literatur

Baumgartner, R., Botta, P. (1995): Amputation und Prothesenversorgung der unteren Extremität, Enke-Verlag.

Reduktion der Spastik durch Bewegungstrainer?

Durner, J., Neumann, Ch.

Fachklinik Ichenhausen, Abtlg. Neurologie/Neuropsychologie, Ichenhausen

In der neurologischen Rehabilitation stellt die Behandlung der Spastik bei den verschiedensten neurologischen Krankheitsbildern (Hemispastik nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Paraspastik bei Patienten mit traumatischen Rückenmarksläsionen und Multipler Sklerose) ein täglich auftretendes Problem dar. Dabei wird gerade in der Rehabilitation in erster Linie versucht, die Problematik mit intensiver Physiotherapie anzugehen und erst in zweiter Linie werden medikamentöse Therapieversuche (z.B. Baclofen, Ticanidin) bzw. invasivere Verfahren wie z.B. Botulinum Toxin-Injektionen bzw. selektive Denervierungen angedacht.

Ein weiterer therapeutischer Ansatzpunkt stellt die Bewegungstherapie der Patienten auf einem Bewegungstrainer dar, wobei bisher durch Studien belegte Aussagen über die Effektivität derartiger Bewegungstrainer nicht existieren. In Zusammenarbeit mit der Fa. Medica Medizintechnik wurde daher der Versuch unternommen, messtechnisch den Effekt eines Bewegungstrainers (in diesem Falle Theravital der Fa. Medica) nachzuweisen.

In der Fachklinik Ichenhausen wurden insgesamt 225 Patienten (165 Schlaganfallpatienten, 36 Parkinson-Patienten und 24 Multiple Sklerose-Patienten) mit Tonuserhöhung an den unteren Extremitäten auf das Theravital-Fahrrad gesetzt und erhielten eine Therapieeinheit von 20 Minuten. Alle Patienten wurden von einer erfahrenen Physiotherapeutin untersucht und der Muskeltonus nach der Ashworth-Scale für die folgenden Muskeln (Hüftflexor und Extensor, Abduktoren und Adduktoren, Innen-/Außenrotatoren, Knieflexor und Extensoren, Plantarflexoren, Dorsalextensoren) bestimmt. Homogene Untersuchungsbedingungen wurden dadurch gewährleistet, dass in unserer Klinik zwei erfahrene Physiotherapeutinnen bestimmt wurden, die alle Untersuchungen an diesen Patienten vornahmen.

Die verschiedenen Muskelgruppen wurden in ihren Ashworth-Punkten vor und nach der Therapie hinsichtlich des Muskeltonus miteinander verglichen.

Für die Signifikanzprüfung wurde der Vorzeichentest nach Dixen Mood verwendet (Unterschiedstest für 2 Verteilungen mit häufigen Stichproben)

Passives Bewegungstraining spastischer Extremitäten auf einem Bewegungstrainer senkt unmittelbar nach der Therapie deutlich den Muskeltonus. Hiervon profitieren nahezu alle von uns untersuchten Patienten. Lediglich bei einer minimalen Anzahl von Patienten ist es durch den Bewegungstrainer zu einer Verschlechterung der Symptomatik gekommen. Ziel weiterer Untersuchungen muss es sein festzustellen, ob die Senkung des Muskeltonus als Langzeiteffekt erhalten bleibt bzw. wie häufig Patienten ein derartiges Bewegungstraining durchführen müssen, um eine dauerhafte Reduktion des Muskeltonus zu bewirken.

Derzeitige diagnostische und therapeutische Vorgehensweise behandelnder Hausärzte bzw. Fachärzte bei der Primärversorgung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Fitzner-Ott, G., Beyer, W.F.

Rheumaklinik Bad Füssing der LVA Oberbayern, Bad Füssing

Hintergrund

Mittlerweile haben sich Rückenschmerzen (RS) in Deutschland zur Volkskrankheit Nr.1 entwickelt. Sie stellen einen wesentlichen Kostenfaktor im Gesundheitswesen dar. (Jäckel et al., 1998).

Für den behandelnden Primärarzt führt dies zu einer immer grösseren Herausforderung, da in der Praxis einheitliche Diagnose- und Behandlungsschemata fehlen (Van Tulder et al., 1997) und die Einstellung der Patienten in Hinblick auf Ihre Gesundung ebenfalls Beachtung verdient.

Durch die Studie soll geklärt werden, ob bei Patienten, bei denen es zu einer Chronifizierung gekommen ist, ausschliesslich somatische Ansätze angewandt, oder aber ob auch bio-psycho-soziale Aspekte wie adäquate Aufklärung und die interdisziplinären Therapieansätze berücksichtigt wurden.

Methodik

Retrospektive Befragung von 600 Patienten mit chronischem RS, die zur stationären Rehabilitation zugewiesen wurden, mittels eines standardisierten Fragebogens.

Der Fragebogen umfasst 35 Items mit einer unterschiedlichen Zahl an Subitems.

Retrospektive Befragung von 353 niedergelassenen Ärzten, die obige Patienten vorbehandelten, mittels eines standardisierten Fragebogens, der 13 Items mit einer unterschiedlichen Zahl an Subitems umfasst.

Ergebnisse

Die Zahlen der Patientenbefragung basieren auf einer Datenauswertung von 333 Patienten. Rund 57 % der Patienten leiden seit über 10 Jahren an chronischen Rückenschmerzen. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 34 % arbeitsunfähig.

Die Behandlung erfolgte, unter anderem, zu 79 % durch Orthopäden, 64 % durch praktische Ärzte, 17 % durch Allgemeinmediziner (Mehrfachnennungen möglich).

Im diagnostischen Bereich wurden folgende Untersuchungen hauptsächlich durchgeführt: 72 % Röntgen der LWS, 70 % ärztliche Untersuchung, 48 % CT LWS, 44 % Labor, 28 % Beckenübersicht, 21 % EMG, 14 % Funktionsaufnahmen der LWS.

Hauptsächlich verordnete Therapiemaßnahmen: Massagen 77 %, Infiltrationen 72 %, Fango 68 %, Physiotherapie 61 %, medikamentöse Behandlung 58 %, Bewegungsbäder 36 %, Elektrotherapie 31 %, Rückenschule 27 %. (Bettruhe 12 %, Beckengurt 11 %, Psychotherapie 4 %, ATT 8 %).

Die Daten der Ärztebefragung beruhen auf 111 auswertbaren Rückläufern. Davon waren ca. 53 % Allgemeinmediziner, 20 % Orthopäden und 14 % Praktische Ärzte.

Bevorzugte Untersuchungstechniken bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz:

Bei 57 % an 1. Stelle ausführliche Anamnese, nachfolgend bei 50 % Inspektion, bei 45 % Palpation, bei 44 % ausführliche körperliche Untersuchung, bei 29 % manualtherapeutische Untersuchung, bei 22 % Röntgendiagnostik, bei 21 % MR, CT, bei 14 % Überweisung zum Spezialisten an 8. Stelle. Ca. 19 % äußerten sich zu Untersuchungstechniken, machten jedoch keine Angaben in Bezug auf eine entsprechende Rangfolge. Labor spielt bei 21 % keine Rolle, bei 12 % liegt es an 6. Stelle.

Hauptsächlich durchgeführte Röntgendiagnostik

67 % LWS in 2 Ebenen, 48 % Beckenübersicht, 30 % Hüftgelenke in 2 Ebenen, je 23 % LWS Funktionsaufnahmen und ISG in „Steinschnittlage“. 16 % der Ärzte gaben an, selbst keine Röntgenaufnahmen durchzuführen.

Hauptsächlich verordnete Therapiemaßnahmen

Bei 36 % steht an 1. Stelle die medikamentöse Behandlung, nachfolgend bei 22 % Infiltrationen, bei 17 % Wärmeanwendungen, bei 11 % krankengymnastische Behandlung + Elektrotherapie, bei 9 % krankengymnastische Behandlung + Rückenschule, bei 9 % krankengymnastische Behandlung des weiteren an 6.Stelle, nachfolgend bei 9 % RS, bei 6 % Überweisung zum Spezialisten, ebenso bei 5 % auch an 9. + 10.Stelle.

Diskussion

Obig genannte Zahlen zeigen, dass trotz der Existenz von Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronischem RS weiterhin ein uneinheitliches Vorgehen in der Primärversorgung der Patienten besteht.

Sind die existierenden Leitlinien noch nicht ausreichend, oder aber sind sie den Ärzten nicht bekannt?

Welche Möglichkeiten hat der Patienten selbst, an seinem Genesungsprozess mitzuwirken? Darüber hinaus stellt sich auch immer die Frage, ob in manchen Fällen ein Rentenbegehren die Genesung verzögert, wenn nicht sogar verhindert.

Schlussfolgerung

Auf Grund der stetig steigenden Anzahl von Patienten mit chronischem RS und der damit verbundenen hohen Kosten für das Gesundheitswesen müssen die existierenden Diagnose- und Behandlungsschemata überprüft, überdacht und publiziert und die P. mehr auf aktives Mitwirken zur Genesung erzogen werden.

Literaturliste

Jäckel, W., Gerdes, K. (1998): In Pfingsten, M. / Hildebrandt, J. Chronischer Rückenschmerz. Wege aus dem Dilemma, Verlag Hans Huber.

Van Tulder, M.W. et al. (1997): Management of Chronic Nonspecific Low Back Pain in Primary Care: A Descriptiv Study. Spine, Volume 22, Number 1 pp 76-82.

Langzeitrehabilitation oder statuserhaltende Pflege: eine interventionelle Therapiestudie

Janke, O. (1), Doevenspeck, A. (1), Binder, J. (1), Griese, J. (1), Schaible, W. (2), Harms-Ensink, G. (2), Netz, J. (1), Hömberg, V. (1)

(1) Neurologisches Therapiezentrum, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf,
(2) Evangelischer Krankenhausverein e.V., Haus Soteria, Emlichheim

Das Phasenmodell der VDR orientiert sich neben dem klinischen Zustand, der Pflegebedürftigkeit und der Selbständigkeit des Patienten auch am erwarteten Rehapotential. Nach den Phasen A - E bilden die Phase F-Patienten das Schlusslicht. Diesen Patienten kommt in Pflegeheimen, häufig auch in Altenpflegeheimen, nur noch eine zustandserhaltende, dauerhaft unterstützende Pflege zuteil. Eine systematische, an therapeutischen Zielen orientierte Förderung oder Rehabilitation (im eigentlichen Sinne), findet hier in der Regel nicht statt, weil davon ausgegangen wird, dass das „Rehapotential" bereits ausgeschöpft wurde. Eine der wenigen Einrichtungen, die schon seit längerem auch für diese Patientengruppe eine regelmäßige, zielorientierte Förderung durchführt, ist das Haus Soteria in Emlichheim. Bei einigen, vorwiegend jungen Patienten wurden dort auch nach längerem Krankheitsverlauf ermutigende Entwicklungen beobachtet.

Im Rahmen dieser Studie sollte daher systematisch geprüft werden, ob eine derartige Förderung auch bei dieser Patientengruppe noch wirksam sein kann. Interventionsstudien, die über eine schlichte Verlaufsbeobachtung hinaus auch eigentliche Therapieeffekte untersuchen, sind bei dieser Patientengruppe aus ethischen und praktisch-technischen Gründen sehr schwierig durchzuführen und wurden auch bisher kaum beschrieben. Nach längeren Vorarbeiten gelang es in diesem Pflegeheim eine Interventionsstudie zu etablieren.

Hierbei wird durch systematisch variierte Phasen reduzierter bzw. gesteigerter Therapieintensität eine mögliche Korrelation zu Behandlungseffekten untersucht. Da es aus medizinischen und ethischen Gründen nicht möglich ist eine Kontrollgruppe zu bilden, die keine Therapie erhält, wurde ein sogenanntes Single-Case-Design angewendet. Hierbei wird zur Kontrolle interventionsunabhängiger Effekte nicht eine unbehandelte Patientengruppe herangezogen, sondern durch die Variation der jeweiligen Therapieintensitäten stellen die einzelnen Patienten entsprechend ihre eigene Kontrollgruppe dar. Dies bietet darüber hinaus die Möglichkeit in einer bezüglich des Schweregrades der Hirnschädigung inhomogenen Patientenpopulation kontrollierte experimentelle Untersuchungen durchzuführen zu können. Zu diesem Zweck wurde die Therapieintensität dergestalt variiert, dass eine Intensiv- und eine Basisphase eingeführt wurde. Die Basisphase beinhaltet dabei die voraussichtlich zur Statuserhaltung erforderliche Therapiemenge, während in der Intensivphase das Therapiegerüst in den meisten Fällen verdoppelt wurde. Um den Abrechnungsmodalitäten bei den Verschreibungen durch niedergelassene Ärzte entgegenzukommen, wurde pro Phase ein Zeitraum von sechs Wochen festgelegt, so dass sich bezüglich des Therapiemengengerüstes für die einzelnen Patienten pro Quartal keine Änderungen ergaben und außerdem die jeweiligen Praxisbudgets beachtet wurden.

In dem oben genannten Pflegeheim für schädelhirntraumatisierte Patienten in Niedersachsen (Emlichheim) leben 20 Patienten (Erkrankungsspektrum: SHT IIIO, cerebrovaskuläre

Erkrankungen; hypoxischer Hirnschaden). Die Patienten erhalten durchschnittlich jeweils 3 - 5 Stunden pro Woche Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Therapien und Therapieziele werden in Case-Konferenzen mit allen Therapeuten festgelegt.

In dieser Interventionsstudie, an der 14 Patienten des Pflegeheims teilnehmen, wird die Therapieintensität jeweils sechs Wochen inhaltlich und zeitlich reduziert bzw. gesteigert. Am Ende einer Phase werden insgesamt 12 Testverfahren durchgeführt, die grundlegende und alltagsrelevante motorische, sprachliche und kognitive Fähigkeiten beurteilen. Die Studie zeigt schon für eine sehr kleine Stichprobe, dass auch im Langzeitbereich noch eine über die reine Statuserhaltung hinausgehende Förderung möglich ist. Bereits nach 4 Phasen zeigten sich in 4 der 8 klinischen Tests (Barthel-Index, Comprehensive Level of Consciousness Scale, Glasgow Coma Scale und Functional Independence Measure) eine signifikante positive Veränderung in Abhängigkeit von der Therapieintensität. In den neuropsychologischen Tests hingegen ergaben sich keine signifikante Therapieeffekte. Momentan befindet sich die Studie in Phase 13. Diese ersten Ergebnisse weisen auf positive Korrelationen zwischen Therapieintensität und Behandlungseffekte hin. Der weitere Verlauf der Studie bzw. eine größer angelegte Studie muss klären, ob die gewählte Phasenlänge von 6 Wochen einen adäquaten Zeitraum darstellt und ob die beobachteten Effekte längerfristig anhalten.

Literatur

Berek, K., Luef, G., Marosi, M., Saltuari, L., Aichner, F., Gerstenbrand, F. (1993): Apallic syndrome: to treat or not to treat? Lancet, 341, p899.

Wood, R.L. (1991): Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative states. Brain Inj, 5 p401-9.

Andrews, K. (1993): Patients in the persistent vegetative state: problems in their long term management. BMJ, 306 p1600-2.

Andrews, K. (1993): Recovery of patients after four months or more in the persistent vegetative state. BMJ, 306 p1597-600.

Walsh, J.L., McQueen, M.M. (1993): Management of patients in persistent vegetative state. Reasons for withdrawing therapy should be explicit. BMJ, 307 p203.

Untersuchung zum psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst in der stationären Rehabilitation

Krause, W.H.

Klinik am Park der LVA Hessen, Bad Schwalbach

Hintergrund

Zur Institutionalisierung, dem Bedarf und der Effektivität der psychosomatischen Konsiliar- und Liaisontätigkeit liegen zahlreiche Untersuchungen vor (Herzog et al., 1990). Die Effizienz dieser Tätigkeit im Allgemeinkrankenhaus ist nachgewiesen (Haag et al., 1992; Köhle et al., 1996; Pontzen, 1992). In der Reha-Psychosomatik belegen Evaluationsstudien in großer Zahl Bedarf und Effektivität der Therapie. Untersuchungen zur psychosomatischen Konsiliar-und Liaisontätigkeit in der Rehamedizin, z.B. in den Fächern Orthopädie und Inne-

re Medizin, liegen kaum vor. Ziel der Untersuchung ist es, den seit wenigen Monaten an der Klinik existierenden psychosomatischen Konsiliar-und Liaisondienst hinsichtlich der Inanspruchnahme und Integration in die Klinik mit den sich ergebenden Folgerungen darzustellen.

Methodik

In Form eines naturalistischen Ansatzes werden in einem bestimmten Zeitraum die dem psychosomatischen Konsiliar-und Liaisondienst überwiesenen Patienten aufgeschlüsselt: (1) hinsichtlich der Häufigkeit der Inanspruchnahme des diagnostisch-therapeutischen Konsiliarangebotes, (2) nach der Häufigkeit der Diagnosen, (3) zur Indikation und Möglichkeit einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie. Erfasst wird zudem die Zuweisungsrate aus den beiden Abteilungen (Orthopädie, Innere Medizin) der Klinik mit je 81 Betten. Die Tätigkeit und Einbindung des Konsiliar-und Liaisondienstes in die Klinik wird aufgezeigt.

Ergebnisse

In einem Zeitraum von drei Monaten werden insgesamt 100 Patienten (55 Männer, 45 Frauen) aus beiden Abteilungen der Klinik überwiesen. Der Patientenkontakt zum Konsiliar- und Liaisondienst lag im Mittel bei 1,8 bei einer durchschnittlichen Rehadauer von 3,5 Wochen für die untersuchten Patienten. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme diagnostisch-therapeutischer Gespräche lag hierbei für 51 % der Patienten bei einem Kontakt, 33 % der Patienten nahmen zwei Termine wahr und 16 % hatten 3 - 5 Gesprächstermine (je 50 Minuten). Die Häufigkeitsverteilung der Diagnosen ergab: (1) depressive Störungen (52 %), (2) somatoforme Störungen (30 %), (3) Angststörungen (9 %), (4) Anpassungsstörungen (4 %), (5) Neurasthenie, Zwangskrankheit, Alkoholkrankheit (5 %). Zum Aufnahmezeitpunkt fand sich in der Einweisungsdiagnose bei 32 % der Patienten kein Hinweis für eine psychische Störung. Eine Einsicht in die Notwendigkeit und Bereitschaft zur weiterführenden erstmaligen Psychotherapie nach Entlassung ergab sich bei 28 % der Patienten. Die Zuweisung aus den beiden Abteilungen erfolgte zu 58 % aus der Inneren Medizin und zu 42 % aus der Orthopädie. Bezogen auf die Gesamtzahl der im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten wurden 16,1 % der Patienten dem Konsiliar-und Liaisondienst zugewiesen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Dem Konsiliar-und Liaisondienst ging eine fünfjährige externe Konsiliartätigkeit aus einer benachbarten Klinik voraus. Seit einigen Monaten besteht an der Klinik ein psychosomatischer Konsiliar-Liaisondienst. Die Vorstellung beim Konsiliar-Liaisondienst von 16,1 % von allen im Zeitraum von drei Monaten aufgenommenen Patienten liegt deutlich höher im Vergleich zur Inanspruchnahme des psychosomatischen Konsiliar-Liaisondienstes der stationär behandelten Patienten im Krankenhaus mit nur 0,5-10 %. Deutlich höher wurde andererseits der Bedarf in der Hannoveraner Studie mit 36,6 % und in der Hamburger Studie mit 38,4 % am Allgemeinkrankenhaus ermittelt (Liedtke et al., 1996). Die hier erhobene Inanspruchnahme von 16,1 % wird zum einen durch die Aufbauphase, zum anderen aufgrund der unterschiedlichen Gewichtung psychischer Störung durch die Ärzte und ihren Möglichkeiten mit psychosozialen Belastungen/Störungen der Patienten umzugehen, erklärt. Die Liaisontätigkeit erstreckt sich u.a. auf die Fortbildung von Ärzten und Schwestern sowie auf eine Balintgruppenarbeit mit den Physiotherapeuten.

Bei einer Verweildauer der untersuchten Patienten von 3,5 Wochen konnte bei 28 % der Patienten eine in Absprache mit dem Patienten weiterführende Psychotherapie für notwendig erachtet werden. Diese ersten Ergebnisse zeigen den deutlichen Bedarf und die Inanspruchnahme eines in einer Rehaklinik integrierten psychosomatischen Konsiliar-und Liaisondienstes auf. Der Effekt einer mit Hilfe des Konsiliar-und Liaisondienstes integrierten bio-psycho-sozialen Diagnostik und Therapie zeigt, dass entsprechend der durchgeführten Diagnostik dem psycho-sozialen Anteil der Erkrankung bei Patienten der Orthopädie und Inneren Medizin in der Rehabilitationsmedizin eine hohe Bedeutung zukommt, letztlich auch insofern, um eine Chronifizierung der Erkrankung beim Patienten zu vermeiden und/oder zu begrenzen.

Literatur

Haag, A., Stuhr, U. (1992): Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In: Adler, R., Bertram, W., Haag, A., Herrmann, J.M., Köhle, K., Uexküll, Th. v. (Hrsg.) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer: Stuttgart, New York, 2. Aufl.

Herzog, T., Hartmann, A. (1990): Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisontätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt, 61, 281-293.

Köhle, K., Joraschky, P., Reisinger, E. (1996): Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. Konsultations-Liaison-Dienste. In: Adler, R., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonekke, O.W., Uexküll, Th. v., Wesiack, W. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. Urban u. Schwarzenberg: München, Wien, Baltimore, 5. Aufl.

Liedtke, R., Knüsebeck, H.W. (1996): Konsiliar- und Liaisontätigkeit. In: Meyer, A.E., Freyberger, H., Kerekjarto, M. v., Liedtke, R., Speidel, H. (Hrsg.) Praktische Psychosomatik. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 3. Aufl.

Pontzen, W. (1992): Bemerkungen zur Integration psychosomatischer Medizin in das Allgemeine Krankenhaus. Standortbestimmung der Liaisonpsychosomatik. In: Adler, R., Bertram, W. et al. (Hrsg.) Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer: Stuttgart, New York, 2. Aufl.

Standstabilität und Lateralisationsverhalten bei der instrumentierten Gleichgewichtsprüfung unter Provokationsbedingungen

Meier, R. K. (1), Weinert, S. (2)

(1) Orthopädische Abteilung der Bad Colberg Kliniken, Bad Colberg, (2) Geriatrische Abteilung der Klinik Bavaria, Freyung

Verschiedene Disziplinen einschließlich der Rehabilitations- und Sportmedizin nutzen die Evaluation der Standsicherheit zur Diagnostik, präventiven Risikobeurteilung und Trainings- bzw. Therapiekontrolle. Die sensomotorische Integrität der Gelenke der unteren Extremitäten und des Achsenorganes spielt eine wesentliche Rolle für eine optimale Propriozeption, Balancefähigkeit und Gangsicherheit insbesondere unter Belastungsanforderungen (Quante et al., 1999). Wir untersuchten zunächst an Freizeitsportlern den Einfluss der koordinativen

Bevorzugung auf die Standstabilität. Zugleich wurde ein Augenmerk auf Vorverletzungen und auf die Retestreliabilität aussagekräftiger Parameter der instrumentierten Gleichgewichtsprüfung gelegt.

Bei zehn Männern jungen und mittleren Alters (Fußballspieler im Alter von 17 bis 39 Jahren, ∅ 26 ± 6a, Größe 179 ± 7,6cm, Gewicht 75 ± 6,4kg) wurde im aufrechten Stand unter Provokationsbedingungen in drei aufeinanderfolgenden Versuchen die Bewegung des Körperschwerpunktes in der Horizontalebene während 1 min computergestützt aufgezeichnet, ausgewertet und graphisch aufbereitet. Die auftretenden Körperschwankungen werden als Bodysway bezeichnet und für jeweils 20s - Abschnitte hinsichtlich Swayfläche und Swaygeschwindigkeit analysiert. Die Methode wurde bereits beschrieben (Meier et al., 1994). Wir untersuchten im Einbeinstand mit offenen Augen sowie im Zweibeinstand verblindet, wobei standardisiert zunächst auf dem koordinativ bevorzugten Bein, anschließend kontralateral und zuletzt beidbeinig getestet wurde. Alle Versuche fanden auf einer 3cm dicken Airex-Therapiematte statt.

Die durchschnittliche Schwankfläche (in Klammern je zugehörige Durchschnittsgeschwindigkeiten) betrug im Einbeinstand auf dem koordinativ bevorzugten Bein 445±181 mm² (12,6±4 mm/s), kontralateral 690±360 mm² (15,1±6 mm/s) und im Zweibeinstand 319±107 mm² (8,3±2 mm/s). Die Differenz zweier konsekutiver 20s - Messungen betrug im Mittel für die Fläche 18,5 ± 5% und für die Geschwindigkeit 6,2 ± 2,4%. 8/10 Probanden bevorzugten koordinativ das rechte Bein, 2/10 das linke. Die beiden Probanden mit der größten Schwankfläche erzielten auch den höchsten Vorverletzungsscore.

Sowohl in der Positions- als auch in der Geschwindigkeitsdomäne konnte bei der Balancefähigkeit eine signifikante Lateralisation zugunsten des koordinativ bevorzugten Beines nachgewiesen werden. Die Häufigkeit von Vorverletzungen im Bereich der unteren Extremitäten und maximale Schwankflächen bei der Swayanalyse korrelieren bei unseren Probanden, wobei sich ein signifikanter Zusammenhang dieser Parameter hinsichtlich der Lateralität nicht herstellen ließ. Die Variabilität der konsekutiv erhobenen Geschwindigkeiten während des Untersuchungsablaufes ist sehr gering und erwies sich im Vergleich zur Flächenmessung als robuster. Die instrumentierte Gleichgewichtsprüfung mittels DigiSway eröffnet die Möglichkeit, mit geringem Aufwand aussagekräftige Parameter zur Integrität des sensomotorischen Systemes objektiv und quantitativ zu erheben. Eine prognostisch bedeutende Abschätzung des individuellen Sturzrisikos ist auf der Grundlage von Swaydaten möglich (Nguyen et al., 1993). Wir plädieren für eine breitere Anwendung der instrumentierten Gleichgewichtsprüfung in Prävention und Rehabilitation.

Literatur:

Quante, M., Hille, E. (1999): „Propriozeption: Eine kritische Analyse zum Stellenwert in der Sportmedizin", Dt. Zeitschr. f. Sportmed. 50, Nr. 10.

Meier, R.K., Dannbeck, S., Auer, C. (1994): „Verlaufsdiagnostik der Standstabilität nach Hüftendoprothetik mit dem MediSway-System", II. Europäisches Symposium „Quantifizierung von rehabilitativen Trainingsprogrammen" 02.06.94 - 05.06.94 Wien.

Nguyen, T., Sambrook, P., Kelly, P., Jones, G., Lord, S., Freund, J., Eisman, J. (1993): „Prediction of osteoporotic fractures by postural instability and bone density", BMJ Vol. 307, 1111 - 1115

Rehabilitationserfolg bezüglich Inkontinenzverminderung und Befindlichkeitsverbesserung bei Patienten mit Prostatakarzinom nach Prostatovesikulektomie

Schütze, G., Lohse, R.

Interdisziplinäres Therapiezentrum, Weißenburg

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Das Prostatakarzinom ist die zweithäufigste Tumorerkrankung des Mannes. Die Inzidenz der Erkrankung nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Die radikale Prostatovesikulektomie ist für das lokal begrenzte, nicht metastasierende Prostatakarzinom die Therapie der Wahl (Schubert, 1996). Sie ist in der frühen postoperativen Phase nahezu obligat von einer Harninkontinenz unterschiedlichen Schweregrades begleitet.

Es soll untersucht werden, welche Rolle der zeitliche Abstand zwischen Operation und Rehabilitationsbeginn für die Kontinenzverbesserung, das allgemeine Beschwerdebild und die Befindlichkeitsverbesserung spielt. Befördert das Erlernen der Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen den Therapieerfolg? Welche Variablen sind bedeutsam für den Reha-Erfolg?

Methodik

In allen Inkontinenzsituationen ist das frühzeitige Training der Beckenbodenmuskulatur mit dem Sphinkter urethrae von eminenter Wichtigkeit für die Wiedererlangung der sowohl willkürlich gesteuerten als auch autonomen Schließmuskelfunktion. Dabei ist es sinnvoll, schon unter Katheterbedingungen das Biofeedbacktraining mit Elektrostimulation zu beginnen, um dem Frischoperierten die zu beübenden funktionellen Strukturen des Diaphragma urogenitale mit den integrierten Fasern des M. sphinkter urethrae glober et transversostriatus bewusst zu machen (Dorschner et al., 1998; Füsgen et al., 1997).

Patientenvariablen

- Alter
- Tumorstadium
- Beschwerde-Liste und
- Befindlichkeit -Liste nach Zerssen
- zeitlicher Abstand OP und Rehabilitationsbeginn
- Messung der Blasenkapazität (Uroflowmetrie)
- Grad der Inkontinenz, Vorlagenverbrauch

Therapievariablen

- Beckenbodentraining
- Elektrostimulation, Bio-Feedback
- Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen)
- „Schulung für den Mann“
- Medikamente zur Verbesserung der Blasenkapazität
- Dauer der Rehabilitation

Ergebnisse

Es wurden 56 Männer zwischen 52 und 79 Jahren nach Prostatovesikulektomie in die Untersuchung einbezogen. Mehrheitlich (79,5 %) kamen die Patienten nach spätestens 6 Wochen zur Rehabilitation. Je größer der Abstand zwischen Operation und Rehabilitationsbeginn war, desto stärker fühlten sich die Patienten emotional beeinträchtigt (Abb. 1). Ebenso nahmen die allgemeinen körperlichen Beschwerden unabhängig von der Inkontinenzproblematik zu (Abb. 2). 62 % der Patienten hatten eine Inkontinenz I - II. Grades.

Abb. 1: Verbesserung der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zur Operation

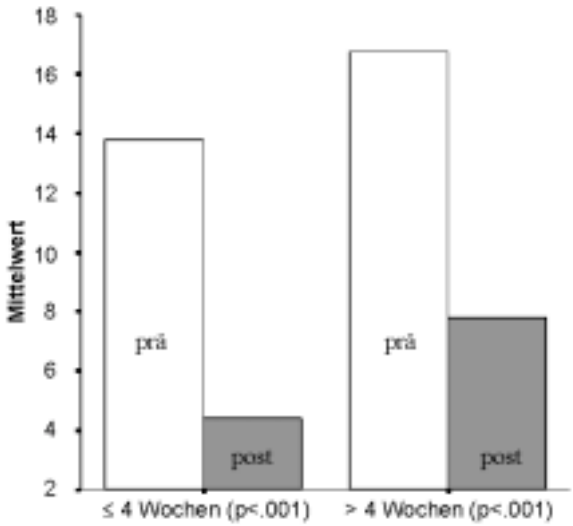
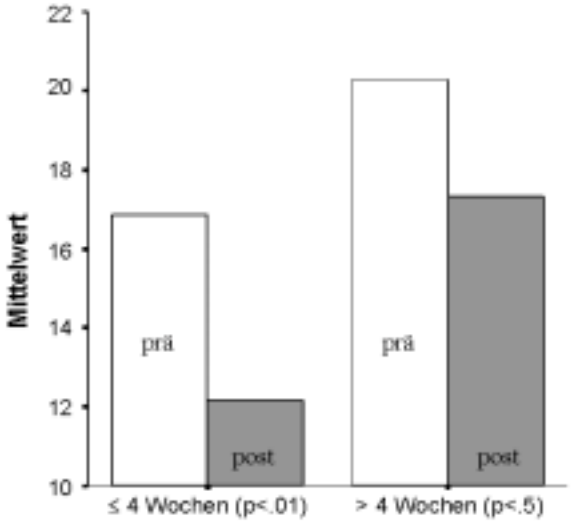
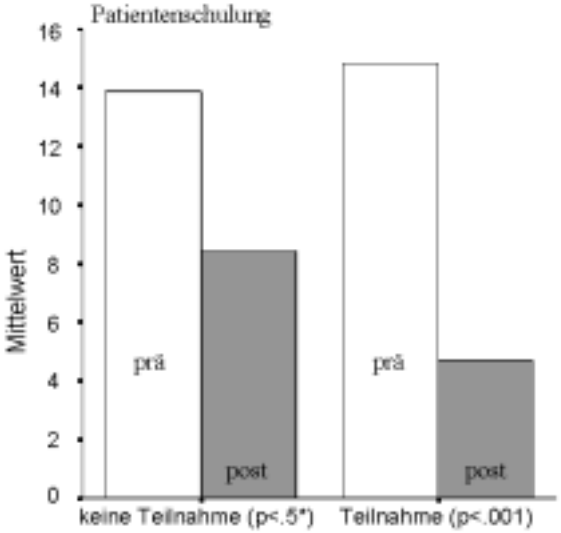


Abb. 2: Verringerung der Beschwerden in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zur Operation



Der Vorlagenverbrauch konnte durch das intensive physiotherapeutische Training mit Sphinktertrainingsgeräten, welche Feedback und Elektrostimulation alternativ und simultan gestatten, bei allen Patienten signifikant verringert werden. Dabei war der Verbrauch bei älteren Patienten (> 60 Jahre) signifikant höher als bei jüngeren. Diese Altersspezifik konnte auch bezüglich der Blasenkapazität beobachtet werden, d.h. die älteren Patienten hatten im Durchschnitt eine geringere Blasenkapazität. Insgesamt war jedoch eine signifikante Erhöhung zu erzielen.

Abb. 3: Verbesserung der Befindlichkeit in Abhängigkeit von der Teilnahme an der Patientenschulung



Als ausgesprochen positiv auf die Verbesserung des Befindens wirkte sich für die betroffenen Männer die Teilnahme an der „Schulung für den Mann“ aus (Abb. 3). Diese Patientenschulung richtet ihr Hauptaugenmerk sowohl auf die allgemein tabuisierte Inkontinenzproblematik als auch auf Erektionsstörungen. Die Teilnahme am Entspannungstraining (PMR nach Jacobsen) korreliert ebenfalls mit einer Befindensverbesserung, aber auch mit einer wirksameren Beckenbodenkontrolle.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Die frühzeitige Rehabilitation nach einer Prostatovesikulektomie kann die emotionale Beeinträchtigung und die über die Inkontinenz hinausgehenden körperlichen Beschwerden gering halten.

Eine Erweiterung des üblichen therapeutischen Behandlungsspektrums (Beckenbodentraining, Elektrostimulation mit Bio-Feedback) durch verhaltensmedizinische Maßnahmen, wie indikationsspezifische Patientenschulung und Entspannungstraining trägt wesentlich zum Therapieerfolg, zur Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit und zur Verringerung körperlicher Beschwerden bei.

Nach der 4-wöchigen stationären Trainingsphase sollten die Übungen mit dem Sphinktergerät für 3-6 Monate zu Hause fortgesetzt werden und erst dann der noch persistierende Inkontinenzgrad abschließend beurteilt werden.

Literatur

Dorschner, W. et al. (1998): Die radikale perineale Prostatektomie - morphologische Grundlagen der postoperativen Harninkontinenz/Vortrag 10. Dt. Kongress der GIH, Kassel.

Füsgen, I., Melchior, H. (1997): Inkontinenzmanual. Springer, Berlin.

Melchior, H. (1996): Harninkontinenz im Alter. Dt. Ärzteblatt 93, Heft 6.

Schubert, J. (1998): Was gibt es neues über das Prostatakarzinom? Thür. Ärzteblatt.

Schubert, J. (1996): Diagnostik und Therapie der Stressharninkontinenz. Ärzteblatt, 333-337.

Zerrsen, D.v. (1975): Befindlichkeitsliste. Testzentrale, Göttingen, Bern.

Zerrsen, D.v. (1975): Beschwerdeliste. Testzentrale, Göttingen, Bern.

14-tägiges allgemeines Kreislauftraining verbessert die endotheliale Funktion der Armblutgefäße

Seyfert, H., Wendt, T.

Reha-Klinik Wetterau der BfA, Bad Nauheim

Hintergrund

Die reaktive Hyperämie der oberen Extremität nach suprasystolischer Stauung ist Ausdruck der endothelialen Funktion (Silber et al., 1991). Die endotheliale Funktion wird v. a. mit pharmakologischen Verfahren untersucht (Richard et al., 1999). Die reaktive Hyperämie eignet sich zur Funktionsprüfung unter Nutzung der Plethysmographie (Sundberg, 1995). Fragestellung: Ist nach 14-tägigem Herz-Kreislauftraining eine Verbesserung der endothelialen Funktion nachzuweisen?

Methodik

Untersucht wurden 18 konsekutive Patienten mit KHK ohne Infarkt (6), Z. n. HWI (2), DCM (1), art Hypertonie (4), Z. n. Myokarditis (1), pAVK (1), Varikosis (2), Z. n. Lungenembolie (1), alle Rechtshänder. Die medikamentöse Therapie war konstant. Das Training (5/wchtl)

bestand aus Bewegungsübungen für Arme und Beine über 30' und Ergometertr. über 15' mit 72 W (± 18,7).

Die Kontrollgruppe bestand aus 12 kreislaufgesunden Mitarbeitern der Klinik ohne Training. 4 Mitglieder der Kontrollgruppe waren Linkshänder.

Ergebnisse

Gemessen wurden Ruhedurchblutung (RDB) und reaktive Hyperämie (RH) der Unterarme mittels Venenverschlußplethysmographie.

Ergebnisse Patienten (Mittelwerte ± SEM):

Ausgang	Verlauf	Ausgang	Verlauf
RDB li		RDB re	
3,44 (± 0,17)	3,86 (± 0,14)*	3,78 (± 0,2)	4,53 (± 0,23)***
mittl RH li		mittl RH re	
9,58 (± 0,55)	10,36 (± 0,53)*	12,29 (± 0,68)	13,13 (± 0,72)*

* = $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ t-Test für verb. Stichproben, zweiseitige Fragestellung.

Kontrollgruppe

Keine signifikanten Veränderungen der Verlaufswerte. Bei exponentiellem Verlauf der einzelnen Phasen der RH zeigt sich eine dtl. Abflachung der Kurven nach dem Training.

Diskussion

Dreimonatiges Ergometertraining verbessert die endothel-abhängige vaskuläre Reaktion (Higashi et al., 1999), gleichfalls wird ein entsprechender Effekt nach vierwöchiger Trainingsperiode (Silber) nachgewiesen. In unserer Untersuchung lässt sich dieses Resultat bei Nutzung der Methode der reaktiven Hyperämie bereits nach einem 14-tägigen Kreislauftraining nachweisen.

Die Zunahme der Ruhedurchblutung nach Training dürfte Folge einer vermehrten basalen NO-Freisetzung sein.

Das Ausmaß der reaktiven Hyperämie mit Steigerung der Durchblutung auf das ca. 4-5fache des Ruhewertes (first flow) entspricht etwa den Werten bei pharmakologischer Stimulation (Heitzer et al., 1996) und liegt im Bereich der von Altenkirch angegebenen Normalwerte.

Schlussfolgerung

Ein allgemeines Herz- und Kreislauftraining führt nach 14 Tagen in der nicht bevorzugt trainierten Extremität zu einer Effektivierung der endothelialen Funktion mit Erhöhung der RDB, der mittleren RH nach Ischämiereiz und Prolongation der RH.

Literatur

Higashi, Y., Sasaki, Sh., Kurisu, S., Yoshimizu, A., Sasaki, N., Matsuura, H., Kajiyma, G., Oshima, T. (1999): Regular Aerobic Exercise Augments Endothelium-Dependent Vascu-

lar Relaxation in Normotensive As Well As Hypertensive Subjects. Circulation. 100, 1194-1202.
Silber, D., McLaughlin, D., Sinoway, L. (1991): Leg exercise conditioning increases peak forearm blood flow. Journal of applied physiology; 71; 4; 1568–1573.
Richard, V., Thuillez, C. (1999): Improvement of endothelial function with the fixed low-dose perindopril-indapamide combination. Eur Heart J Suppl L; L38-L43.
Heitzer, Th., Just, H., Münzel, Th. (1996): Antioxidant Vitamin C Improves Endothelial Dysfunction in Chronic Smokers. Circulation; 94, 6-9.
Dziekan, G., Myers, J., Goebbels, U., Muller, P., Reinhart, W., Ratti, R., Hafeli, W., Dubach, P. (1998): American Heart Journal; 136; 1, 22–30.
Sundberg, S. (1995): Variation in plethysmographically measured limb blood flow using two study designs. Clinical Physiology; 15; 3; 199–206.

Epidemiologie psychischer Störungen bei Herz-Kreislauf-Patienten in der medizinischen Rehabilitation

Wunsch, A. (1), Bengel, J. (1), Härter, M. (2), Reuter, K. (2)

(1) Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, (2) Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychosomatik, Freiburg

Ein signifikanter Anteil von Patienten in der medizinischen Rehabilitation leidet unter psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Daten aus der allgemeinmed. Versorgung: Sartorius et al., 1996; Stevens et al., 1995). Dies hat Konsequenzen für das therapeutische Angebot und die Zuweisungssteuerung. Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei internistischen Patienten wird mit einem großen und unsicheren Range von 10 % bis zu 80 % angegeben (Wells et al., 1988).

Als Hauptziel eines Vorhabens im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen soll die Frage beantwortet werden, wie häufig welche psychischen Störungen oder psychischen Belastungen bei kardiologischen Patienten zusätzlich zu ihrer somatischen Erkrankung vorliegen. Es wird ferner geprüft, ob die mittels einer schriftlichen Befragung erhobenen Daten durch den Einsatz eines standardisierten Interviews (CIDI, Composite International Diagnostic Interview in der DIA-X-Version; Wittchen et al. 1996) validiert werden können.

Der Untersuchungsplan sieht zunächst eine schriftliche Befragung von N=800 Herz-Kreislauf-Patienten vor, u.a. mit dem General Health Questionaire (GHQ). Dieser Fragebogen zum gesundheitlichen Befinden hat sich als Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Störungen bewährt. Im Anschluss daran werden nach Zufallsauswahl mit einem Teil der Patienten standardisierte Interviews (CIDI) durchgeführt. Ferner erfolgt bei allen Patienten eine Beurteilung durch den behandelnden Arzt, ob psychische Belastungen vorliegen.

Derzeit liegen Daten von 200 Patienten vor. Es handelt sich um eine unausgelesene Stichprobe von Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mit der Diagnose Myokardinfarkt, KHK oder Zustand nach PTCA bei Koronararteriosklerose stationär zur Rehabilitation neu aufgenommen waren.

Erste Ergebnisse zeigen bei ca. 17 % hohe Werte im GHQ, bei ca. 15 % eine mittlere Ausprägung des Scores; diese Werte deuten auf psychische Belastungen und Befindensbeeinträchtigungen hin. Bei 33 % der Befragten ergeben sich im SSQ (Stamm Screening Questionaire, Wittchen et al., 1996) Hinweise für das Vorliegen einer Angststörung, bei 20 % für eine depressive Störung. Im schriftlichen Teil der Erhebung werden von diesen Patienten zwingend notwendige Merkmale erfragt, die erfüllt sein müssen, um eine tatsächliche psychiatrische Diagnose zu rechtfertigen. Diese Antworten werden in einer zur Zeit laufenden Auswertung der jeweils zugehörigen CIDI-DIA-X-Interviews überprüft und validiert. Dadurch können zudem differenzierte Aussagen zur Art der psychischen Belastung bzw. Störung sowie zum Zeitpunkt ihres Auftretens (Punktprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, Lebenszeit-Prävalenz) getroffen werden.

Literatur

Sartorius, N., Üstün, B., Lecrubier, Y., Wittchen, H.-U. (1996): Depression comorbid with anxiety: results from the WHO Study on psychological disorders in Primary Health Care. British Journal of Psychiatry, 168 (suppl. 30), 38-43.

Stevens, D., Merikangas, K.R., Merikangas, J.R. (1995): Comorbidity of depression and other medical conditions. In E. Beckham & W. Leber (eds.), Handbook of depression (pp. 147-199). New York: Guildford Press.

Wells, K. B., Golding, J. M., Burnam, M. A. (1988): Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions, American Journal of Psychiatry, 145, 976-981.

Wittchen, H.-U., Perkonigg, A. (1996): DIA-X SSQ. Swets & Zeitlinger bv, Swets Test Services, Frankfurt.

Wittchen, H.-U., Weigel, A., Pfister, H. (1996): DIA-X Interview. Frankfurt: Swets Test Services Deutschland.

Grundlegende Fragen der Organisations- und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation am Beispiel der Kardiologie

Leitung: Müller-Fahrnow, W. (1), Spyra, K. (1), Held, K. (2), Klosterhuis, H. (3), Schliehe, F. (4)

(1) Humboldt-Universität, Berlin, (2) DGPR, Koblenz, (3) BfA, Berlin, (4) VDR, Frankfurt/M.

Mit dem Workshop soll die auf dem 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im Vorjahr begonnene Tradition fortgesetzt werden, grundlegende Fragen der Organisations- und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse aus der kardiologischen Rehabilitation zu diskutieren. Der Workshop verfolgt damit sowohl eine inhaltliche Zielstellung im engeren Sinne der Vorstellung neuer rehabilitationswissenschaftlicher Untersuchungsergebnisse, wie auch im weiteren Sinne ihrer Würdigung unter dem Aspekt des methodologischen Beitrages zu substanziellen Fragen der Systementwicklung in der Rehabilitation. Die Themenauswahl erfolgt vorrangig mit Bezug auf die Kardiologie, welche aus verschiedenen Gründen von besonderem Interesse für die gesamte Rehabilitation ist: Es handelt sich hier um einen der größten Indikationsbereiche der Rehabilitation, welcher von paradigmatischer Bedeutung - zumindest für die somatischen Indikationen - angesehen werden kann. Dieser Bereich war seit seinen Anfängen einer erheblichen Entwicklungsdynamik unterworfen, die sich sowohl auf die strukturellen und prozessualen Grundlagen, wie auch auf deren konzeptionelle und nicht zuletzt rehabilitationswissenschaftliche Durchdringung beziehen lässt: So wurde u.a. bereits Ende der 60er Jahre das Konzept der comprehensive cardiac care (CCC) in der kardiologischen Rehabilitation begründet und sind nicht zuletzt in jüngster Zeit zahlreiche internationale und nationale Studien aus diesem Bereich vorgelegt worden.

In dem Workshop sollen wesentliche Studienergebnisse in 3 Programmteilen (A-C) diskutiert werden, die mit Bezug auf übergeordnete Reha-Systemfragen folgende Schwerpunkte thematisieren:

Programmteil A: Differenzierte Reha-Settings als organisatorischer Weg zur patientenbezogenen integrierten Versorgung in der Rehabilitation

In diesem Programmteil werden Ergebnisse aus Studien vorgestellt, die die Rehabilitation als integrierten Bestandteil der gesundheitlichen und sozialen Gesamtversorgung untersuchen. Insbesondere werden die Schnittstellen zu vor- und nachgeordneten Gesundheitsversorgungsprozessen mit dem Blick auf organisatorische Konsequenzen für die Gestaltung des Reha-Prozesses im engeren Sinne der institutionalisierten Versorgung bzw. im weiteren Sinne der institutionell unterstützten Nachsorge thematisiert.

Von besonderem Interesse ist die differenzierte Beschreibung des biopsychosozialen „Profils“ von Rehabilitandengruppen als Grundlage für die Bestimmung von Bedarf, Zugangsregulation, Behandlung und Nachsorge-Vorbereitung in verschiedenen Reha-

Settings. Im Ergebnis werden Erkenntnisse zur empirischen und theoretischen Evaluation von z.Z. laufenden Modellen in der Rehabilitation ebenso wie Schlussfolgerungen für weiterführende Entwicklungen erwartet.

Programmteil B: Methodische Anforderungen an die Entwicklung von Soll-Behandlungsstandards bzw. Leitlinien - erste Ergebnisse

Im Mittelpunkt des zweiten thematischen Programmteils steht die Prozessqualität der Rehabilitation. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zur Entwicklung von Leitlinien werden Ergebnisse aus multizentrischen Studien vorgestellt und unter dem Aspekt der Ableitung von SOLL- aus IST - Behandlungsstandards diskutiert. Aus methodischer Sicht werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Die Einheit von Empirie und Theorie: Anforderungen an die empirische Begründung von IST-Behandlungsstandards, zyklische konsensuale Prozesse als Weg zu SOLL-Standards
- Die Einheit von Teil und Ganzem: Anforderungen an die empirische und theoretische Begründung des Prinzips der Ganzheitlichkeit in der Rehabilitation unter dem Aspekt der Entwicklung von Leitlinien, Möglichkeiten und Grenzen der analytischen Beschränkung auf Behandlungselemente als Teile der integrierten rehabilitativen Versorgung

Im Ergebnis soll herausgearbeitet werden, welche Schritte auf dem Wege von der Konzeptentwicklung in der Rehabilitation über die empirische Ermittlung von IST-Standards bis hin zu Soll-Standards bzw. Leitlinien zu leisten sind und welcher Entwicklungsstand in der Rehabilitation international bzw. national hierbei erreicht worden ist.

Programmteil C: Outcome medizinischer Rehabilitation und Sekundarprävention bei Koronarkranken - Aktuelle Studienansätze im wissenschaftlichen Diskurs

Im Zentrum der Diskussion stehen folgende aktuelle Studien aus der kardiologischen Rehabilitation: „BADURA“,CARO; MITRA, PIN, PROTECT, TEIKÖ sowie Berliner KHK-Studie.

Bei allen Studien handelt es sich um Beobachtungsstudien mit spezifischen analytischen Zielsetzungen im einzelnen. Sie sollen unter dem Aspekt ihres methodologischen Beitrages zur empirischen Bestimmung der outcome-Qualität in der Rehabilitation diskutiert werden. Nach einem Statement der jeweiligen Experten der Studien soll eine Podiumsdiskussion zur Interpretierbarkeit der Forschungsergebnisse mit Bezug auf die outcome-Qualität geführt werden. Ziel ist die Ableitung von verallgemeinbaren Schlussfolgerungen für methodische Grundsätze, die im Rahmen von Beobachtungsstudien berücksichtigt werden sollten, wenn es darum geht, outcome-Qualität als letztlich zentrale Kategorie der Organisations- und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation empirisch zu thematisieren.

Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation - Ziele, Methodik und Probleme

Wasem, J. (1), Krauth, C. (2), Seitz, R. (3)

(1) Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, (2) Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule, Hannover, (3) Abteilung Gesundheitsökonomie der Universität, Ulm

Die verstärkte Orientierung an ökonomischen Zielen in der Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren zu einer erheblichen Zunahme gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien geführt. Diese Entwicklung hat auf die Rehabilitation über einen langen Zeitraum kaum übergegriffen. Mit der Etablierung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünde ist ausdrücklich das Anliegen verbunden, auch die ökonomische Analyse in die Evaluation von Rehabilitationstechnologien einzubeziehen.

Gesundheitsökonomische Evaluation soll die Rationalität von gesundheitspolitischen Entscheidungen fördern. Sie liefert Informationen zu Kosten, Nutzen und Effizienz von Interventionen und unterstützt damit Entscheidungen, ob und wenn ja, wie sie in der Versorgungspraxis eingesetzt werden sollen. Außer ökonomischen Parametern – Produktions- und Allokationseffizienz – sind bei der gesundheitspolitischen Bewertung von Technologien weitere Kriterien wie Auswirkungen auf die Verteilung und den Zugang zum Versorgungssystem zu berücksichtigen.

Der Workshop ist in fünf Teile gegliedert:

Einleitend wird ein Überblick über die methodischen Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation gegeben. Es werden Studientypen (wie Kosten-Effektivitäts-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Analyse) und Prinzipien (wie Inkrementalanalyse, Perspektive und Diskontierung) der ökonomischen Evaluation vorgestellt.

Im zweiten Teil wird die Kostenseite der gesundheitsökonomischen Analyse behandelt. Dies umfasst die Identifizierung, mengenmäßige Erfassung und monetäre Bewertung der Ressourcenverbräuche im Interventions- und Nachbeobachtungszeitraum. Dieser Teil des Workshops wird sich an den Empfehlungen der AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften orientieren. Er beinhaltet auch eine Darstellung und Bewertung möglicher Datenzugänge.

Der dritte Teil des Workshops widmet sich der Outcomeseite. Es werden medizinische Effektparameter, Lebensqualität und eventuell Zahlungsbereitschaft als mögliche Outcomeparameter thematisiert. Ein Schwerpunkt wird auf der Lebensqualität als Bestandteil von Kosten-Nutzwert-Analysen liegen. Dabei soll der EuroQol als ein in der gesundheitsökonomischen Evaluation weitverbreitetes Lebensqualitätsinstrument dargestellt und die Transformation in qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs) vorgeführt werden.

Im vierten Teil werden Kosten- und Outcomeseite zusammengeführt und mögliche Unterschiede zwischen den Zielgrößen der verschiedenen Studientypen (Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Relation bzw. rein monetäre Größen) herausgearbeitet. Dieser Teil beinhaltet eine Einschätzung der bestehenden methodischen Probleme in der gesundheitsökonomischen Evaluation und die sich daraus ergebenden Limitationen. Er soll in eine Diskussion münden, welchen Stellenwert gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation einnehmen sollte – als reine Argumentationshilfe in der politischen Auseinandersetzung oder auch (neben Kriterien wie Verteilungsgerechtigkeit und Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem) als Kriterium in der vergleichenden Bewertung von Rehabilitationstechnologien.

Im abschließenden Teil soll ein Diskussionsforum für Projekte mit gesundheitsökonomischem Studienteil angeboten werden. Mit den Projekten der Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünde könnten dabei auch die Empfehlungen der AG Reha-Ökonomie diskutiert werden hinsichtlich Anwendbarkeit und Nützlichkeit sowie der Identifikation offener Probleme und eventueller Verbesserungsmöglichkeiten.

Der Workshop richtet sich an all diejenigen, die gesundheitsökonomische Evaluationsstudien rezipieren, interpretieren und hinsichtlich ihrer Qualität einschätzen wollen oder selbst eine gesundheitsökonomische Evaluationsstudie durchführen wollen.

Literatur

AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U., Wasem, J.) (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. DRV-Schriften 16. Frankfurt: VDR, 106-194.

AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Burchert, H., Hansmeier, T., Hessel, F., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Wasem, J.) (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil II: Bewertung der Ressourcenverbräuche. DRV-Schriften 16. Frankfurt: VDR, 195-246.

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) (1997): Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals. 2nd ed. Ottawa: CCOHTA.

Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (1997): Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd edition, Oxford: Oxford University Press.

Gold, M.R., Siegel, J.E., Russell, L.B., Weinstein, M.C. (1996): Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press.

„Reha-Ökonomie“ – Besonderheiten der gesundheitsökonomischen Evaluation von Rehabilitationstechnologien

Krauth, C. (1), Seitz, R. (2), Wasem, J. (3)

(1) Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule, Hannover, (2) Abteilung Gesundheitsökonomie der Universität, Ulm, (3) Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald

Hintergrund, Stand der Literatur und Zweck der Untersuchung

Rehaökonomische Evaluationsstudien rekurrieren auf die allgemeinen methodischen Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG Reha-Ökonomie, 1999). Gesundheitsökonomische Evaluation wurde zunächst überwiegend in pharmakoökonomischen Studien umgesetzt, anschließend auf weitere akutmedizinische Technologien ausgeweitet und wird mittlerweile auch auf die Rehabilitation übertragen.

Die rehaökonomische Evaluation weist einige Besonderheiten auf, die sich aus dem besonderen Ansatz der Rehabilitation ergeben: (1) Es handelt sich um Interventionen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. (2) Rehabilitation ist eine komplexe medizinische Technologie mit interdisziplinärem Ansatz. (3) Die Leistungserbringung erfolgt in einem spezifischen Behandlungssetting mit besonderem Zugang. (4) Rehabilitation fokussiert auf besondere Behandlungsziele wie Minimierung der Auswirkungen krankheitsbedingter Einschränkungen in Alltag und Beruf sowie Risikomodifikation.

Methodik und Ergebnisse

Zu den Besonderheiten der rehaökonomischen Evaluation zählen: (1) die Identifizierung der relevanten Evaluationsalternativen, (2) die Problematik der Randomisierung, (3) die Identifizierung der rehaökonomisch relevanten Effektparameter, (4) Zeithorizont und Modellbildung sowie (5) die Perspektive der Evaluation.

1. Rehabilitation ist eine komplexe Gesundheitstechnologie. Aus rehaökonomischer Perspektive sind unterschiedliche Ansatzpunkte der Evaluation denkbar: (a) Evaluation einzelner Therapieelemente (wie z.B. Krankengymnastik oder Schulung) in einem Vergleich von innovativer Therapie versus Standardtherapie. (b) Dabei lassen sich Therapien grundsätzlich auch hinsichtlich Synergieeffekten überprüfen (also: Ist die Rehabilitation als Gesamttherapie mehr als die Summe ihrer Bestandteile). Aus der Evaluation einzelner Therapieelemente können inkrementale Kosten-Effektivitäts-Ratios (Relation von Zusatzeffekt zu Zusatzkosten eines Therapieelementes) abgeleitet werden, die eine Entscheidung, ein neues Therapieelement einzuführen oder nicht, unterstützen. (c) Um die Frage zu beantworten, ob sich Rehabilitation „lohnt“, genügt der inkrementelle Vergleich grundsätzlich nicht, sondern es ist ein Vergleich der Alternativen Reha und Nichtreha durchzuführen.
2. Randomisierte Studien liefern die größte Evidenz hinsichtlich des Einflusses der untersuchten Intervention auf das Behandlungsergebnis (Effektivität und Effizienz). Randomisierte Designs in der Rehabilitation erscheinen insbesondere bei der Evaluation einzelner Therapieelemente realisierbar. Der Vergleich Reha versus Nichtreha erscheint aus ethischen und rechtlichen Gründen problematisch (AG Design-Standards, 1999). Eine

mögliche Randomisierung über ein Wartegruppendesign ist wegen des begrenzten Nacherhebungszeitraums für reha-ökonomische Analysen im allgemeinen nicht hinreichend aussagekräftig. Ein Vorschlag, die Randomisierung in das Begutachtungsverfahren zu integrieren (Michael, 1998), wird in der Rehaszene überwiegend skeptisch gesehen. Insofern ist ggf. auf alternative Studiendesigns (mit geringerem Evidenzgrad) – etwa Fall-Kontroll-Studien – abzustellen. Ein reiner Prä-Post-Vergleich ohne Kontrollgruppe erscheint für rehaökonomische Analysen jedoch nicht geeignet.

3. Die spezifischen Zielsetzungen der Rehabilitation implizieren spezifische Effektparameter, anhand derer Ergebnisse der Rehabilitation gemessen werden. Für gesundheitsökonomische Analysen sind sozio-ökonomische Outcomeparameter (wie z.B. Erwerbsunfähigkeit) und Lebensqualität besonders relevant. Bei der Lebensqualität sind gesundheitsökonomische Instrumente in der Rehaforschung bisher wenig erprobt (Seitz et al., 1999) und ihre Geeignetheit für rehaökonomische Fragestellungen ist noch weitgehend offen. Medizinische und insbesondere psychosoziale Parameter werden aus rehaökonomischer Perspektive dann relevant, wenn in epidemiologischen Studien Zusammenhänge mit langfristigen Outcomeparametern nachgewiesen sind.
4. Da in der Rehabilitation chronische Erkrankungen behandelt werden (die eben nicht heilbar sind), ist tendenziell ein längerer Analysezeitraum erforderlich, um die Effizienz von Rehatechnologien einschätzen zu können. Dabei erscheint es auch notwendig, längerfristige Konzepte aus Rehabilitation, Nachsorge und Weiterbertreuung zu evaluieren, die eine Stabilisierung der Ergebnisse von Rehabilitation über einen längerfristigen Zeitraum intendieren. Wegen des im allgemeinen begrenzten Beobachtungszeitraums in Evaluationsstudien könnte es erforderlich sein, die primäre Datenerhebung um Modellanalysen zu ergänzen. Für bestimmte Erkrankungen (wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen) liegen für die rehaökonomische Evaluation nutzbare epidemiologische Modelle vor.
5. In Guidelines für die ökonomische Evaluation von Gesundheitstechnologien wird die gesellschaftliche Perspektive als umfassender Ansatz empfohlen (CCOHTA 1997). Darüber hinaus können weitere Perspektiven eingenommen werden. Gegenüber anderen Gesundheitstechnologien ist bei der Rehabilitation die Perspektive der Rentenversicherung (als dem bedeutendsten Kostenträger) besonders zu berücksichtigen. Eine Operationalisierung hat sich zunächst am gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung zu orientieren. Darüber hinaus sind die Ziele: Auswirkungen auf die Rentenversicherungsausgaben und Auswirkungen auf den gesamten Steuer- und Sozialhaushalt (Gesamtabgabenquote) als potentielle Argumentationslinien in der öffentlichen Auseinandersetzung zu diskutieren.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die ökonomische Evaluation von Rehatechnologien zeigt einige Besonderheiten, die eine Bezeichnung „Reha-Ökonomie“ rechtfertigen. Rehaökonomische Evaluationsstudien sind bisher nur sporadisch durchgeführt worden. Durch den Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften erscheint eine stärkere Etablierung der Reha-Ökonomie (gegenüber z.B. der Pharmako-Ökonomie) möglich. Dabei sollten auch die besonderen methodischen Ansatzpunkte der rehaökonomischen Evaluation weiterentwickelt werden.

Literatur

AG Design-Standards im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Faller, H., Haaf, G., Kohlmann, T., Löschmann, C., Maurischat, C., Petermann, F., Schulz, H., Zwingmann, C.) (1999): Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung. DRV-Schriften 16. Frankfurt: VDR, 9-51.

AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U., Wasem, J.) (1999): Ökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. DRV-Schriften 16. Frankfurt, 106-194.

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) (1997): Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals. 2nd ed. Ottawa: CCOHTA.

Michael, E. (1998): Designvorschlag für eine randomisierte Effektivitätsstudie in der Sozialmedizin. Das Gesundheitswesen 60, 482-485.

Seitz, R., Leidl, R., Jacobi, E. (1999): Die psychometrischen Eigenschaften des EuroQol bei Rehabilitanden mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7, 210-232.

Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger in der ökonomischen Evaluation

Seitz, R. (1), Wasem, J. (2), Krauth, C. (3)

(1) Universität Ulm, Abteilung Gesundheitsökonomie, Ulm, (2) Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, (3) Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule, Hannover

Hintergrund und Methodik

Die AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften empfiehlt (in Anlehnung an die einschlägigen internationalen Leitlinien), bei der ökonomischen Evaluation rehabilitativer Leistungen grundsätzlich die gesellschaftliche Perspektive einzunehmen. Die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) sind bei Entscheidungen zur Rehabilitation jedoch an ihren gesetzlichen Auftrag gebunden. In dem Beitrag wird herausgearbeitet, wie sich der gesetzliche Auftrag in ökonomischen Evaluationsstudien operationalisieren lässt und inwiefern er sich von der gesellschaftlichen Perspektive unterscheidet. Die Analysen beruhen auf Literaturrecherchen und Ergebnissen eines aus Gesundheitsökonomen und Vertretern von RV-Trägern zusammengesetzten Arbeitskreises.

Ergebnisse

Der gesetzliche Auftrag der RV-Träger zielt nach §§ 9ff. SGB VI insbesondere auf die Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ab. Dieses Ziel lässt sich beim Vergleich alternativer Maßnahmen auf zwei Arten operationalisieren: (1) als Maximierung der Anzahl der Fälle, in denen die Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden konnte, und (2) als Minimierung der indirekten gesellschaftlichen Kosten von Erwerbsminderung. In die

„Erfolgsquote“ gemäß (1) geht jeder Fall, in dem eine (nach objektivem sozialmedizinischen Urteil) geminderte Erwerbsfähigkeit verbessert werden konnte, oder in dem die (vorher gefährdete) Erwerbsfähigkeit erhalten werden konnte, mit gleichem Gewicht ein. Dabei ist es unerheblich, in welchem Ausmaß die Erwerbsfähigkeit verbessert werden konnte.

Nach (2) werden die Folgen der Erwerbsminderung am indirekten volkswirtschaftlichen Ressourcenausfall gemessen. Zu einem solchen Ressourcenausfall kommt es, wenn ein Versicherter aufgrund von Erwerbsminderung ein geringeres Bruttoeinkommen erzielt und damit weniger zum Volkseinkommen beitragen kann. In Abhängigkeit davon, ob Arbeitslosigkeit berücksichtigt wird, ist die gesamte Restlebenszeit eines Versicherten oder die (wesentlich kürzere) Friktionsperiode bis zur Neubesetzung des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen. Wenn davon ausgegangen wird, dass die momentane hohe Arbeitslosigkeit nicht die „üblichen Bedingungen“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt widerspiegelt, ist die Restlebenszeit anzusetzen.

Die beiden Ansätze der Operationalisierung können unterschiedliche distributive Implikationen haben: Bei einem Vergleich von zwei Programmen A und B ist es möglich, dass durch Programm B zwar weniger Versicherte erfolgreich rehabilitiert werden können als durch Programm A, dass das Ausmaß der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bei Programm B aber größer ist – beispielsweise weil es mit Programm B gelingt, den Zeitraum der Erwerbsfähigkeit bei den erfolgreich Rehabilitierten gegenüber Programm A zu verlängern (oder weil verhindert werden kann, dass die Rehabilitanden in eine weniger qualifizierte Tätigkeit wechseln müssen). Auch ein relativ hohes Einkommen der Rehabilitanden führt in diesem Ansatz ceteris paribus zu höheren Einsparungen bei indirekten Kosten. Die dadurch mögliche Diskriminierung von Versicherten mit relativ niedrigen Einkommen wird vermieden, wenn (wie von der AG Reha-Ökonomie empfohlen) Durchschnittseinkommen zur Berechnung der indirekten Kosten verwendet werden.

Im Hinblick auf die direkten Kosten der Reha-Leistungen haben die RV-Träger nach § 13 Abs. 1 SGB VI die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Zusätzlich sind die jährlichen Gesamtausgaben für Rehabilitation budgetiert (§ 287 b SGB VI). Während sich der Grundsatz der Sparsamkeit auf der Ebene der einzelnen Leistungen operationalisieren lässt (bei gleichem Zielerreichungsgrad ist die kostengünstigste Maßnahme zu wählen), fehlt zur Umsetzung der Budgetierung eine Regel im Gesetz. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit verpflichtet den Träger zwar, bei der Entscheidung über Rehabilitationsleistungen finanziellen Aufwand und Rehabilitationsziel gegeneinander abzuwägen, dies kann bei engen Budgetgrenzen allerdings zu einer Rationierung von Leistungen führen. Diese wiederum wäre mit dem gesetzlichen „Kernauftrag“ nach §§ 9 ff. SGB VI nicht zu vereinbaren.

Aus gesellschaftlicher Perspektive sind nicht nur Kosten und Effekte der Erwerbsminderung relevant, sondern alle Effekte und alle krankheitsbezogenen direkten und indirekten Kosten – insbesondere auch Kosten, die nicht den RV-Trägern, sondern anderen Kostenträgern entstehen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Sowohl zwischen der gesellschaftlichen Perspektive und dem gesetzlichen Auftrag als auch innerhalb des gesetzlichen Auftrags sind Zielkonflikte möglich. Um Probleme an der

Schnittstelle zur von der Krankenversicherung getragenen Akutversorgung zu vermeiden, sollte die gesellschaftliche Perspektive eine stärkere Berücksichtigung im gesetzlichen Auftrag der RV-Träger finden.

Literatur

AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hessel, F., Kohlmann, T., Krauth, C., Nowy, R., Seitz, R., Siebert, U., Wasem, J.) (1999): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. DRV-Schriften 16, 106-194.

Hauck, K. (Stand: 1. Juni 1998): Kommentar Sozialgesetzbuch – SGB VI, Loseblatt-Ausgabe. Berlin: Schmidt.

Seitz, R., Wasem, J., Krauth, C. (1999 im Druck): Ökonomische Evaluation der Rehabilitation: die Perspektive der Rentenversicherungsträger. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften.

Tiedt, G. (1998): Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H. Haupt, E. (Hrsg.) Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg. 45-67.

Angiologische Rehabilitation: Indikationen - Konzepte - Schnittstellen

Scheffler, A. (1, 4), Amendt, K. (2, 4), Schnieder, H.G. (3,4)

(1) Aggertalklinik, Engelskirchen, (2) Klinikum Karlsbad, Karlsbad-Langensteinbach, (3) Kreislaufklinik, Bad Bevensen, (4) Sektion Angiologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Angiologie / Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.

Während akutmedizinische Versorgungsstrukturen der fachlichen Trennung zwischen den internistischen Schwerpunkten Angiologie und Kardiologie aufgrund der sich stetig vermehrenden diagnostischen und interventionellen Techniken zunehmend Rechnung tragen, firmieren beide Indikationsspektren im Bereich der Rehabilitation bislang noch unter dem traditionell inhaltlich vorwiegend kardiologisch besetzten Oberbegriff „Herz-Kreislauferkrankungen“.

Demzufolge fand die Fortentwicklung der fachangiologischen Rehabilitation praktisch keine ausreichende Repräsentanz. Sie kann mittlerweile jedoch weit mehr leisten als nur herkömmliche venöse Entstauung, reines Gefäßtraining, Raucherentwöhnung oder Blutdruckeinstellung. Sie nimmt sich vielmehr gerade der Patienten mit Erfolg an, die infolge ihrer chronischen arteriellen oder venösen Ulzerationen zwar einerseits erhebliche funktionelle und soziale Handicaps zu tragen haben und dennoch andererseits aufgrund eben dieser Krankheitsstadien in längst überholten Indikationskatalogen als kontraindiziert für eine Rehamaßnahme gelten. Dabei werden für ihre Behandlung keine ausschließlich der Akutmedizin vorbehaltenen Methoden benötigt sondern vielmehr eine auf umfangreicher Erfahrung basierende individuelle und geduldige Betreuung incl. der Vermeidung weiterer Folgeschäden.

Aus angiologischer Sicht stellen sich daher gegenwärtig folgende relevante Probleme dar:

- Es gibt kaum Rehakliniken mit fachangiologischem Schwerpunkt ohne vorrangig kardiologische Orientierung. Nur wenige Rehabilitationseinrichtungen mit der Indikation „Gefäß- und Venenerkrankungen“ verfügen über einen Angiologen mit anerkanntem internistischem Schwerpunkt.
- Die die Angiologie betreffenden Inhalte des aktuellen Rahmenkonzepts zur Rehabilitation müssen sowohl hinsichtlich der Indikationen, der infrastrukturellen Qualitätsanforderungen als auch der Rehaprozesse sofern vorhanden korrigiert und zum überwiegenden Teil erst noch erstellt werden.
- Insbesondere überholte Kontraindikationen blockieren vielen rehabedürftigen und mit den modernen Methoden auch rehafähigen Patienten den Zugang zur fachangiologischen Rehabilitation.
- Informationsstand und Kommunikation bei den Entscheidungsträgern an den Schnittstellen zwischen ambulanter bzw. stationärer Akutmedizin, Kostenträgern und Rehabilitationseinrichtungen müssen verbessert werden.

Die Sektion Angiologische Rehabilitation der DGA möchte daher in diesem Workshop zunächst eine Beschreibung der Schnittstellenproblematik aus Sicht der beteiligten Akutmediziner (ambulant und stationär), der Kostenträger (Gesetzliche Renten- und Krankenversicherung) und der Rehamediziner vornehmen. Nach einer statistischen Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Angebots sollen vor dem Hintergrund im praktischen Alltag wünschenswerter und realisierbarer Rehamaßnahmen organisatorische und konzeptionelle Defizite aufgezeigt werden. Hierzu referieren Vertreter der Akutmedizin sowie des Ärztlichen Dienstes der RV und des MDK. Mitarbeiter renommierter fachangiologischer Rehakliniken stellen abschließend ein Spektrum der heute rehabilitierbaren Krankheitsbilder unter besonderer Berücksichtigung der fortgeschrittenen klinischen Stadien mit erheblichen Impairments und Handicaps vor.

Verzeichnis der Erstautoren

Adler, Thorsten, Moritzklinik Bad Klosterlausnitz, Bad Klosterlausnitz

Albrecht, Martina, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung, Hannover

Altenhöner, Thomas, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Balck, Friedrich, Prof. Dr., Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Dresden

Bartsch, Hans Helge, Dr., Klinik für Tumorbiologie, Freiburg/Br.

Bauer, Carl-Peter, Prof. Dr., Fachklinik Gaißach, Gaißach bei Bad Tölz

Bauer, Jochen, Dr., Parkklinik Bad Rothenfelde, Bad Rothenfelde

Bäumer, Matthias, Dr., Otto-von-Guericke Universität, Klinik für Neurologie, Magdeburg

Beckmann, Ulricke, Dr., Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Abt. Rehabilitation, Dez. 8012, Berlin

Behnke, Michaela, Krankenhaus Großhansdorf, Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Großhansdorf

Behrens, Johann, Prof. Dr., Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle/Saale

Bestmann, Anja, Universitätsklinikum Benjamin Franklin - Klinik Berlin, Abt. für neurologische Rehabilitation, Berlin

Beuth, Barbara, Deutsche Rheuma Liga Berlin e.V., Geschäftsstelle, Berlin

Bischoff, Claus, Prof. Dr., Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim

Bitzer, Eva Maria, Dr., Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover

Bocker, Barbara, Dr., Institut für Physiotherapie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Bönisch, Angelika, Rehazentrum Bad Eilsen, Bad Eilsen

Borgetto, Bernhard, Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg., Abt. für Medizinische Soziologie, Freiburg/Br.

Bräuer, Wolfgang, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Rheumatologie, Hannover

Brennecke, Ralph, Prof. Dr., Institut für Soziale Medizin, FU Berlin, Reha-Forschungsverbund BBS, Berlin

Broda, Michael, Dr., Parkklinik, Bad Bergzabern

Buchholz, Hartmut Thorsten, Zentrum für Rehabilitationsforschung, Universität Bremen, Bremen

Budde, Hans-Günther, Dr., Fachklinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Bad Münster am Stein

Bührlen, Bernhard, Dr., Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Burbach, Mechthild, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Freiburg/Br.

Bürger, Wolfgang, Dr., Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abt. Medizinische Psychologie, Hamburg

Bürgy, Ralf, Dr., eqs.-Institut, Karlsruhe

Collatz, Jürgen, Dr., Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Daniels, Regine, Dr., Neuro-orthopädisches Reha-Zentrum Bad Orb, Bad Orb

Dauch, Wolfgang A., Prof. Dr., Zentrum für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, Allgemeines Krankenhaus Eilbek, Hamburg

Deboben, Axel, Dr., Rheumaklinik Bad Rappenau, Bad Rappenau

Deck, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Delbrück, Hermann, Prof. Dr., Klinik Bergisch-Land, Wuppertal

Dietsche, Stefan, Universitätskrankenhaus Eppendorf-Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologische-Pav. 69, Hamburg

Dillner, Andrea, Klinikum Sachsenhof, Bad Elster

Dinkel, Andreas, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Dresden

Dirschauer, Bernd, Dr., Rehazentrum Eilsen, Innere Klinik, Bad Eilsen

Disse, Ottmar, Klinik Bavaria, Freyung

Döll, Susanne, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Doßmann, Rüdiger, Dr., Reha-Klinik Taubertal, Bad Mergentheim

Dostal, Werner, Dr., Berufs- und Qualifikationsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung des Bundes für Arbeit (IAB), Nürnberg

Durner, Joachim, Dr., Fachklinik Ichenhausen, Abt. Neurologie/Neuropsychologie, Ichenhausen

Eck, Ute, Institut für Biomedizinische Technik, Universität Karlsruhe, Karlsruhe

Ehrhardt, Maren, ASAG, Hamburg

Eidenmüller, Andreas, ANR-Gesellschaft für ambulante Rehabilitation, Würzburg

Eisele, Rainer, Forschungsinstitut für Rehamedizin, Bad Wurzach

Ellmers, Tim, Dr., Rehabilitationsklinik Norddeich, Norden - Norddeich

Erben, Christoph M., BZN beim MDK Schleswig-Holstein, Lübeck

Faller, Hermann, Dr., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Würzburg

Farin, Erik, Dr., Hurrle Klinik GmbH, Durbach

Finger, Eckhardt, Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Bad Fredeburg

Fischer, Herbert, Dr., LVA Sachsen, Abt. Sozialmedizin, Leipzig

Fischer, Jürgen, Prof. Dr., Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney

Fitzner-Ott, Gabriele, Rheumaklinik Bad Füssing, Bad Füssing

Franck, Helmut, Dr., Rheumazentrum Oberammergau, Oberammergau

Franke, Annegret, Dr., Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster, Bad Elster

Franke, Annegret, Dr., Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster, Bad Elster

Freidel, Klaus, Dr., Zentrum für Rehabilitationswissenschaften, Universität Bremen, Bremen

Frese, Michael, Forschungsinstitut Technologie-Behindertenhilfe, Wetter

Fritsche, Hans-Jürgen, Dr., Median-Klinik, Orthopädische Abteilung, Bad Lausick

Fritschka, Emanuel, Dr., Sinntalklinik der LVA Unterfranken, Schwerpunktklinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen, Bad Brückenau

Fröhlich, Horst, Dr., Zentrum für Ambulante Rehabilitation ANR GmbH, Würzburg

Fromme, Carmen, Zentrum für Rehabilitationsforschung, Universität Bremen, Bremen

Gelbhaar, Stephan, Dr., Psychosomatische Klinik Schloß Waldleiningen, Mudau

Gerdes, Nikolaus, Dr., Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Ginzburg, Elmar, Neuro-orthopädisches Reha-Zentrum Bad Orb, Neurologische Abteilung, Bad Orb

Gräf, Sylvia, Moritz-Klinik, Klosterlausnitz

Grande, Gesine, Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Greß-Heister, Markus, Prof. König und Leiser Schulen für Ergotherapie und Logopädie, Kaiserslautern

Greve, Jörn, Dr., Gilserberg-Lischeid

Grünbeck, Peter, Dr., Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Abteilung Rehabilitation - Dezernat 8012, Berlin

Gülich, Michael, Dr., Klinikum der Universität Freiburg, Abt. f. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg/Br.

Haaf, Hans-Günter, Dr., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Haase, Ingo, Dr., Klinikgruppe Enzensberg, Abt. ERP, Hopfen am See

Hafen, Kerstin, Psychologisches Institut der, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg/Br.

Haider, Christine, Dr., Rehabilitationszentrum Grossgmain, Grossgmain

Hansmeier, Thomas, Dr., Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität Berlin, Berlin

Helou, Antonius, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

Héon-Klin, Véronique, Dr., Medizinische Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Herdt, Jörg, Geschäftsstelle des Rehabilitationswissenschaftlichen, Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen, Haus 1, Freiburg/Br.

Herrmann, Silke, Fachklinik Haus Allgäu, Pfronten

Hesse, Bettina, Institut für Rehabilitationsforschung, Abteilung Sozialmedizin, Münster

Hillert, Andreas, Dr., Medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck, Prien

Höder, Jürgen, Dr., Rheumaklinik, Bad Bramstedt

Höffler, Karl-Wilhelm, Klinik am Bingert, Wiesbaden

Hohn, Hans, Dr. med., Diakonissenkrankenhaus, Abt. Reha-Geriatrie, Karlsruhe

Huff, Wolfgang, Dr., Frankfurt

Husen, Eberhard, Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim, Bad Dürkheim

Imbs, André, Dr., Établisement de Cure Thermale, Morsbronn-les-Bains

Irle, Hanno, Dr., Ärztlicher Referent der BfA, Fachbereich Medizin, Ref. 1006, Berlin

Iseringhausen, Olaf, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Janke, Oliver, Neurologisches Therapiezentrum Düsseldorf, Düsseldorf

Jastrebow, Jana, Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung, im Gesundheits- und Sozialwesen mgH (eqs), Karlsruhe

Jeske, Andrea M., Dr., Kliniken Schmieder, Konstanz

Jetter, Hans, Dr., LVA Sachsen, Abt. Sozialmedizin, Leipzig

Joppich, Gregor, ARC, Grevenbroich

Kainz, Birgit, Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Kaiser, Udo, Dr., Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Davos-Wolfgang

Kaluscha, Rainer, Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin, an der Universität Ulm, Bad Wurzach

Karoff, Marthin, Dr., Klinik Königsfeld, Ennepetal

Kausch, Thomas, Dr., Rhein-Sieg-Klinik Nümbrecht, Nümbrecht

Kawski, Stephan, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg

Kerim-Sade, Cornelia, Dr., Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Institut für Gesundheitsökonomie, Greifswald

Knoglinger, Ernst, Dr., Kirchberg-Klinik, Bad Lauterberg

Koch, Uwe, Prof. Dr. Dr., Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Kohlmann, Thomas, Dr., Medizinische Universität, Institut für Sozialmedizin, Lübeck

König, Achim, Dr., Orthopädie - Rheumatologie, Orthop. Klinik König-Ludwig-Haus, Würzburg

Krause, Walter H., Prof. Dr., Klinik am Park, Bad Schwalbach

Krauth, Christian, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

Krischke, Norbert Richard, Dr., Zentrum für Rehabilitationsforschung und klinische Psychologie, Universität Bremen, Bremen

Kulke, Hartwig, Dipl.- psych., Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach

Kuppardt, Hansjörg, Dr., Johannesbad Reha-Kliniken AG, Bad Füssing

Leistner, Klaus, Dr., Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Essen

List, Sabina Maria, Institut für Reha-Forschung Norderney, Norderney

Lotz-Rambaldi, Winfried, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abt. Medyzinische Psychologie, Pav. 69, Hamburg

Lutz, Rainer, Dr., Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Marburg

Mans, Elmar J., Dr., Psychosomatische Fachklinik, St. Franziska Stift, Bad Kreuznach

Mathiszig, Sigrid, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Abt. Medizinische Psychologie; Pav. 69, Hamburg

Matthis, Christine, Dr., Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Lübeck, Lübeck

Mau, Wilfried, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Rheumatologie, Hannover

Maurischat, Carsten, Psychologisches Institut der Universität, Abteilung Rehabilitationspsychologie, Freiburg/Br.

Meier, Alfred, Dr., Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH, Wiesloch

Meier, Rolf Kurt, Dr., Bad Colberg Kliniken GmbH, Orthopädische Abteilungen, Bad Colberg

Meins, Wolfgang, Dr., Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie, Hamburg

Meixner, Katja, Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg/Br.

Merkesdal, Sonja, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Rheumatologie, Hannover

Mestel, Robert, Klinik für Psychosomatische Medizin, Grönenbach

Meyer-Bornsen, Christiane, Dr., Neurologisches Krankenhaus "Rosenhügel", Abtl. K.+Jugendpsy. Neuro-Rehabilitation Pav. C, Wien

Middeldorf, Stefan, Dr., Klinikum Staffelstein, Orthopädische Klinik, Staffelstein

Morfeld, Matthias, Universität Eppendorf-Hamburg, Abt. Med. Psychologie - Forschungsgruppen -, Hamburg

Moser, Michael Tobias, Klinik für Tumorbiologie, Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge, Freiburg/Br.

Müller, Horst, Dr., Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Bad Elster

Müller-Fahrnow, Werner, Prof. Dr. med., Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Berlin

Muthny, Fritz A., Prof. Dr., Universität Münster, Institut für Medizinische Psychologie, Münster

Nachtmann, Andreas, Dr., Fachklinik Rhein/Ruhr, Neurologische Abteilung, Essen

Nellessen, Gisela, Institut für Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln

Neubauer, Günther, Prof., Universität der Bundeswehr München, Institut für Volkswirtschaftslehre, München

Neumann, Christian, Dr., Fachklinik Ichenhausen, Abt. Neurologie/Neuropsychologie, Ichenhausen

Nickel, Marius, Dr., Inntalklinik, Simbach am Inn

Niebank, Kay, Zentrum für Rehabilitationsforschung, Universität Bremen, Bremen

Nischan, Peter, Dr., Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Abteilung Rehabilitation, Dezernat 8012, Berlin

Ossowsky, Günther, Rheingau-Taunus-Klinik, Psychosomatische Abteilung, Bad Schwalbach

Ott, Claudia, Dr., Klinik Bad Blankenburg, Bad Blankenburg

Pfeifer, Klaus, Dr., Johann Wolfgang Goethe Universität, Institut für Sportwissenschaften, Frankfurt am Main

Pinkowski, Cosima, Klinik Berlin, Berlin

Platz, Thomas, Dr., Klinik Berlin, Abt. Neurologie, Berlin

Polak, Ute, Institut für Gesundheitsanalysen und Soziale Konzepte e. V., Berlin

Poppelreuter, Martin, Klinik für Tumorbiologie, Freiburg/Br.

Rambow-Bertram, Petra, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Klinik f. Physikal. Medizin u. Rehabilitation, Seesen

Raschke, Friedhart, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung - Norderney, Norderney

Ravens-Sieberer, Ulrike, Dr., Universität Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg

Rehberg, Walter, Dr., Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg/Br.

Reichwald, Ursula, Institut der Universität Tübingen, Tübingen

Reimann, Axel, Dr., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.

Reiffen, Ingrid, Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Rothenfelde

Reuter, Katrin, Universitätsklinik Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg/Br.

Romppel, Matthias, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Rösch, Margrit, Dr., Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin, an der Universität Ulm, Ulm

Rupp, Rüdiger, Stiftung Orthopädische Universitätsklinik, Bereich Forschung, Heidelberg

Schäfer, Heike, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Scheffler, Andreas, Priv.-Doz. Dr. med., Aggertal-Klinik, Engelskirchen

Schian, Hans-Martin, Dr., Institut für angewandte Rehabilitationswissenschaft, Köln

Schmid, Stephan, Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Reha-Wissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung, Berlin

Schmidt, Bettina, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Schmidt, Jürgen, Dr., eqs.-Institut, Karlsruhe

Schmidt, Roger, Dr., Kliniken Schmieder, Bereich Psychotherapie, Konstanz

Schmitz, Bernt, Dr., Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim, Bad Dürkheim

Schmitz-Buhl, Stefan Mario, Gelderland-Klinik, Geldern

Schneider, Michael, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, - Hauptfürsorgestelle -, Münster

Schochat, Thomas, Dr., Universitätsklinikum Ulm, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Ulm

Schoen, Ute, Interdisziplinäres Therapiezentrum Weißenburg, Rehabilitationsklinik für Onkologie und Rheumatologie, Weißen

Scholz, Joachim, Dr., Rehazentrum Eilsen, Bad Eilsen

Scholz, Stefan, Klinik am See, Fachklinik für Herz- und Kreislauferkrankungen, Rüdersdorf

Schott, Thomas, Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Schöttler, Marc, Dr., Lahntalklinik Nassau, Nassau

Schreiber, Thomas Uwe, Dr., Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Physiotherapie, Jena

Schubmann, Rainer, Dr., GesundheitsCentrum Möhnesee, Möhnesee-Körbecke

Schuck, Peter, Dr., Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Bad Elster

Schuhler, Petra, Dr., Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen

Schüle, Klaus, Prof. Dr., Rehabilitation und Behindertensport, der Deutschen Sporthochschule Köln, Köln

Schulte, Ralph-M., Dr., LVA Württemberg, Ärztliche Abteilung, Stuttgart

Schulte, Rudolf, Dr., Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Rothenfelde

Schulz, Michael, Fulda

Schulz, Olaf, Dr., Heinrich-Mann-Klinik, Bad Liebenstein

Schuntermann, Michael F., Dr., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung

Schupp, Wilfried, Dr., Fachklinik Herzogenaurach, Abt. für Neurologie und Neuropsychologie, Herzogenaurach

Schütze, Gerit, Dr., Interdisziplinäres Therapiezentrum GmbH, Rehabilitationsklinik für Onkologie und Rheumatologie, Weißen

Schweikert, Bernd, Universität Ulm, Abteilung Gesundheitsökonomie, Ulm

Schwermer, Constanze, Neurologisches Rehabilitationszentrum, für Kinder und Jugendliche Friedenhorst, Bremen

Seitz, Robert, Universität Ulm, Abt. Gesundheitsökonomie, Ulm

Seyfert, Hartmut, Dr., Reha-Klinik Wetterau der BfA, Bad Nauheim

Smolenski, Ulrich Christian, Prof. Dr., Institut für Physiotherapie des, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Sommhammer, Bruno, Dr., Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Dez. 8012; Zimmer H 2318, Berlin

Stankoweit, Bettina, Dr., Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen

Stark, Wolfgang, Prof. Dr., Universität GH Essen, Fachbereich 2, Essen

Steder-Neukamm, Ulf, Institut für Psychosomatik und Psychotherapie, der Universität Köln, Köln

Steube, Diethard, Dr., Neurologische Klinik GmbH, Abt. Intensivmedizin, Bad Neustadt/Saale

ten Thoren, Corinna, Zentrum für Rehabilitationswissenschaften, Universität Bremen, Bremen

Thiede, Ralf, Vogelsbergklinik, Grebenhain

Thilmann, Alfred, Dr., Fachklinik Rhein-Ruhr, Essen - Kettwig

Thorbecke, Rupprecht, Epilepsiezentrum Bethel, Bielefeld

van den Bussche, Hendrik, Prof. Dr., Universitätskrankenhaus Eppendorf, Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitsforschung, Hamburg

van Noort, Olivier, Het Roessingh Revalidaiecentrum, AH Enschede

Vogel, Heiner, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie u. Medizinische Psychologie, Würzburg

Vogt, Kersten, Humboldt-Universität Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Berlin

Vogt, Reiner, Dr., Weserland-Klinik Bad Hopfenberg, Petershagen

vom Orde, Anja, Bielefeld

von Kardorff, Ernst, Prof. Dr., Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin

von Schwerin, Ann-Doreen, Zentrum für Rehabilitationsforschung, Universität Bremen, Bremen

Wagner, Rudolph F., Dr., Institut für Psychotherapie und Medizinische, Psychologie der Universität Würzburg, Würzburg

Wallesch, Claus-Werner, Prof. Dr., Klinik für Neurologie der, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg

Warschburger, Petra, Dr., Zentrum für Rehabilitationsforschung, der Universität Bremen, Bremen

Wasem, Jürgen, Prof. Dr., Universität Greifswald, Greifswald

Watzke, Birgit, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abt. Medizinsche Psychologie, Hamburg

Weber-Falkensammer, Hartmut, Prof. Dr., Bundesverband der Unfallkassen (BUK), München

Weinz, Eberhard, Klinik Lindenplatz, Bad Sassendorf

Welti, Felix, Dr., Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, der Christian-Albrechts-Universität, Kiel

Wikström, Juhani, Dr., Chief Physician, State Treasury, Helsinki

Wilbert, Ute, Klinik am See, Rüdersdorf

Wittmann, Bernd, Neurologische Fachklinik Hilchenbach, Hilchenbach

Wohlfarth, Rainer, Schwarzwaldklinik, Abt. Neurologie, Bad Korzingen

Worringen, Ulrike, RFB Geschäftsstelle, Würzburg

Wunsch, Alexandra, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, Abt. für Rehabilitationspsychologie, Freiburg/Br.

Zielke, Manfred, Dr., Wissenschaftsrat der AHG-AG, Mönkeberg

Zimmermann, Markus, Institut für Sozialmedizin, der Medizinischen Universität zu Lübeck, Lübeck

Zwerenz, Rüdiger, Psychosomatische Klinik, Abt. Rehabilitation, Bad Neustadt/Saale

Zwingmann, Christian, Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Sachverzeichnis

Abhängigkeitserkrankungen 391
Abschlussbericht 239
ACE-Hemmer 338
Adipositas 190; 408; 415
Adipositas per magna 389
Aktivitätsmonitor 360
akuter Myokardinfarkt 33
Akzeptanz 453
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch 141
Alltagsdrogen 431
ambulante neurologische Rehabilitation 467
ambulante neuropsychologische Rehabilitation 325
ambulante Rehabilitation 32; 35; 46; 135; 315; 323
ambulante/teil stationäre Rehabilitation 67
ambulante/teilstationäre Rehabilitation 117; 134; 237; 306
Amputation 259; 475
Änderungssensitivität 171
Angehörige 446
angiologische Rehabilitation 500
Angst 444
Anschlussheilbehandlung 340
Arbeiterrentenversicherung 80; 98
Arbeitsfähigkeit 91
Arbeitsgemeinschaft 91
Arbeitsunfähigkeit 63; 82; 277
Armfunktionsstörungen 188
arterielle Verschlusskrankheit 500
Arthrose 171
Arztbogen 177
Ärztebefragung 478
ärztliche Empfehlungen 240
Assessment 130; 163; 164; 169; 188
Assessmentinstrument 232; 456
Assessmentinstrument, generisch 184
Assessmentinstrumente 161
Assessments 323
Assessments, neuropsychologische 105
Assessmentverfahren 211
Assessmentvergleiche 79
Asthma 400; 407; 410; 413
Asthma bronchiale 363
Atemstörungen, schlafbezogene 336
atopische Dermatitis 407
AU-Fallmanagement 63
Aufmerksamkeit 325
Ausbildung 198
Ausgaben 471
Barthel-Index 187; 301
Bedarf 242
Bedürfnisanalyse 453
Begutachtung 63; 230
Behandlungsevaluation 378
Behandlungsintensität 271
Behandlungskette 265
Behandlungsziele 177
Belastung am Arbeitsplatz 35
Berichterstattung 126
berufliche Belastungserprobung 96
berufliche Eingliederung 156
berufliche Leistungsfähigkeit 69
berufliche Probleme 237
berufliche Rehabilitation 77; 79; 92; 103; 226; 450
berufliche Reintegration 100
berufliche Wiedereingliederung 80; 92; 98; 105; 304; 315
Berufsförderung 92
Berufsgruppen in der Rehabilitation 223
Bewegungstherapie 274
Bodysway 483
Borderline 387
Brustkrebs 354
Bypass-Operation 340
cerebrovasculärer Insult 185
cerebrovaskulärer Insult 314
Chronifizierung 250
chronisch obstruktive Bronchitis 363
chronische Erkrankungen 37
chronische Polyarthritis 73
chronische Rückenschmerzen 192; 235
chronische Rückenschmerzen, unspezifische 61
chronisch-entzündliche Darmerkrankungen 55
chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) 360; 361
Compliance 37
computergestütztes Training 317
Controlling 222
Datenbank 218; 301; 327
Depression 247; 369
Depressivität 444; 446
diabetes mellitus 144
diabetisches Fußsyndrom 500
Differentialdiagnostik 141
DIN ISO 9004 Teil 2 213

Dyspareunie 247
Effektivität 126; 218; 283; 287
Effektparameter 495
Effektstärke 346
EFQM 215
Einstellungen 33; 240
Elternprogramm 410
Elterntraining 408; 413
Endoprothesenschule 291
endotheliale Funktion 487
Entlassungsbericht 201
Entlassungsplanung 164
Epidemiologie 266; 489
Epilepsie 319
Epilepsiebehandlung, operative 71
erektile Dysfunktion 247
Ergebnismessung 30; 128; 192
Ergebnisqualität 130; 218; 277
Ergebnisqualität 41
Ergebnis-Qualität 458
Ergometertraining 342
Erwartungen 39
Erwartungen an die Rehabilitation 32
Erwartungen an Rehabilitation 331
Erweiterte Ambulante Physiotherapie 135
Erwerbsfähigkeit 233
Erwerbsleben 226
Erwerbsstatus 102
Erwerbsunfähigkeitsrenten 58
EuroQol-5D 166
Evaluation 54; 91; 230; 357; 363; 384; 394; 398; 404; 435; 439; 444
Evaluation 42
Facialisparese 421
Fähigkeitsprofil 232
Fähigkeitsstörungen 169; 179
Fallpauschalen 112
Familie 228
Family Assessment 397
Fibromyalgie 295
Flexibilisierung 46
focal disability 188
Fondskonzepte 156
Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften 213
Forschungsdesigns 205
Fortbildungsstrategie 194
Frankreich 156; 265
Freehand 473
Fremdmotivation 378
Frühintervention 141
Frühmobilisation 271
Frührehabilitation 91; 169
Functional Capacity Evaluation 179
funktionelle Elektrostimulation 421; 473
funktionelle Leistungsfähigkeit, Evaluation 179
funktionelle Magnetresonanztomographie 259
funktionelle Sexualstörungen 247
funktionelle Störungen 61
Funktionsfähigkeit 290
Funktionskapazität 171
Funktionsstörungen 173
Funktionstest 177
Gefäßrehabilitation 500
Gender-Bias 456
Geriatrie 417; 419
geschlechtsspezifische Aspekte 456
geschlechtsspezifische Unterschiede 344
Geschlechtsunterschiede 240; 455
Gesundheitsausgaben 110
Gesundheitsbildung 331; 430; 431; 437
Gesundheitsförderung 430; 431
Gesundheitstraining 291; 437
Gesundheitszustand 184
Gleichgewicht 483
Goal Attainment Scaling 30
Gruppenintervention 50
Gruppentherapieprogramm 42
Gruppenvergleich 295
Handicap 321
Haus- und Familienarbeit 456
Hausarzt 239; 242
Herzinsuffizienz 338; 342
Hilfsmittel 471
Hirnschädigung 325; 446
Hirnschädigung 228
Hüftgelenk 293
Hüftgelenkoperationen 287
Hypnotherapie 439
ICIDH 194
ICIDH-2 173; 195; 198; 220
ICIDH-2 467
Inanspruchnahme 73; 242
Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen 235
Indexwerte 166
Individualisierung 30
Individualität 28
Inkontinenz 485
interdisziplinäre Rehabilitation 485
interdisziplinäre Teamarbeit 223; 469
internationaler Vergleich 158
Internes Modell 228

Interrater-Reliabilität 164
IRES 458
ischämische Herzkrankheiten 122
ischämischerHirninfarkt 327
Itemselektion 138
Jugendalter 415
kardiale Troponine 342
kardiologische Rehabilitation 33; 158; 240; 336; 344; 444; 489
kardiologische Rehabilitation, stationäre 80; 98
kardiovaskuläre Erkrankung, koronare Herzkrankheit, Schlaf-Apnoe-Syndrom, schlafbezogene Atemstörungen 336
Katamnese 141; 450
Katamnese, 5-Jahres- 58
Keitel-Funktionstest 270
Kinder 321; 398; 408
Kinder (Vorschul-) 413
Kinder und Jugendliche 397
Kinder und Jugendliche 400; 407
Klassifizierungs-Systeme 475
Kniegelenkersatz 290
kognitive Beeinträchtigungen 352
kognitives Training 325
Komorbidität 266; 391; 489
Kompetenz- und Kontroll-überzeugung 348
Kontrollüberzeugungen 37
Kooperation 48; 49
Koordinationsverbesserung 299
koordinative Eigenschaften 299
koronare Herzkrankheit 333
körperliche Aktivität 360
körperliches Training 360; 361
kortikale Reorganisation 259
Kosten 117; 123
Kosten-Nutzen-Analyse 50
Krankengymnastik 274
Krankheitsbewältigung 37; 52; 220
Krebsnachsorge 354
KTL 126; 201
langfristige Evaluation 415
Langzeitfolgen 321
Lebensqualität 163; 190; 287; 352; 354; 361; 400; 404; 407; 433
Lebensqualität, gesundheitsbezogene 185; 195; 467
Lebensqualitätsmessung 398
Lehrer 450
Leistungsdokumentation 201
Leistungsfähigkeit 89; 344
Leistungsfähigkeit, erwerbsbezogene 179
Leistungsfähigkeit, körperliche 232
Leitlinien 55; 158; 333; 338
Lymphödem 500
Mammakarzinom 348
Management 222
MDK 194
Mediatorenschulung 402
medizinisch berufsorientierte Rehabilitation 82
mehrdimensionale, qualitative Variable 64
Messbarkeit 64
Mitarbeiterzufriedenheit 463
Mitwirkung 28
Modellbildung 495
Modellierung 280
modularer Test 232
Morbus Bechterew 435
Motivation 82; 448
Motivierungsstrategien 141
motorische Rehabilitation 314
motorische Schädigungen 84
motorisch-evozierte Potentiale 303
multi-disciplinary treatment program 144
Multiple Sklerose 69
multiprofessionelle Kooperation 223
Mutter-Kind-/Mütter-Einrichtungen 458
Nachbefragung 138
Nachsorge 239; 317; 340; 466
Nackenschmerz 257
Netzwerk 55
Neue Bundesländer 102
Neurodermitis 402; 413
neurologische Rehabilitation 67; 105; 188; 306; 315
Neuroprothese 473
Neuropsychologie 325
neuropsychologische Diagnostik 352
neuropsychologische Störungen 317
nicht-randomisierte Studiendesigns 207
Nottingham Health Profile 161
Ökonomie 195
ökonomische Evaluation 497
onkologische Rehabilitation 346; 348; 352
Orthese 285
Orthopädie 419
orthopädische Erkrankungen 117

orthopädische Rehabilitation 277; 455
orthopädisch-rheumatologische Rehabilitation 441
Osteoporose 256
outcome 89; 357; 417
Outcome-Evaluation 184
outcome-measurement 198
Outcomeparameter, funktionelle 433
Partizipation 226
Partizipation 48
Partizipationsstörung 467
pathologisches Spielverhalten 394
Patientenbefragung 478
Patientenkonto 130; 218; 233
Patientenpartizipation 153
Patientenrechte 153
Patientenschulung 123; 363; 433; 435; 453
Patientenzufriedenheit 46
Patientenzufriedenheit 41
Personalaufwand 123
Persönlichkeitsstörungen 42
Persönlichkeitstörungen 391
Perspektive 495
Phantomschmerz 259
Physiotherapiekonzept 271
Plastizität 312
Pneumologie 357; 361
pneumologische Rehabilitation 201
Postpoliosyndrom 323
poststationäre Therapie 46
Prädiktor 301
Prädiktoren 71; 290
Prävention 122
probabilistische Testmodelle 161
Prognose 169; 303
Prognosefaktoren 89; 103
Prognosemodell 233
prognostische Einflussgröße 370
prognostische Faktoren/Prädiktoren 369
Propensity-Score-Modelle 207
Propriozeption 285; 297; 483
Prostatovesikulektomie 485
Prothesenversorgung 475
Prozessqualität 201; 382
psychische Befindlichkeit 446
psychische Störungen 59; 266; 319
Psychodiagnostik 441
psychogene Essstörung 389
psychologische Faktoren 82
psychometrische Analyse 192
psychometrische Prüfung 184
Psychoonkologie 352
Psychosomatik 46; 139; 376; 380; 382; 387
Psychosomatik 42
psychosomatische Rehabilitation 41; 138; 378; 448; 450
psychosomatische Rehabilitation, stationäre 394
psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst 481
psychosoziale Aspekte 91
psychosoziale Belastung 442
psychosoziale Belastungen 402
psychosoziale Effekte 415
psychosoziale Fortbildung 462
Psychotherapie 139
Psychotherapie, stationäre 376
Qualitätsindikatoren 215
Qualitätsmanagement 463
Qualitätsmanagement 215
Qualitätssicherung 126; 128; 135; 153; 211; 333; 378; 462
Qualitätssicherung 41
Qualitätssicherung /-management 213
Randomisierung 495
Rankin Scale 187
Raucherentwöhnung 439
reaktive Hyperämie 487
Regression zur Mitte 205
Rehabedarf 59
Reha-Bedarf 63; 69; 71
Reha-Bedarfsabschätzung 61
Rehabilitationsbedürftigkeit 61; 64; 207; 230
Rehabilitationsbehandlungsgruppen 112
Rehabilitationseffekte 295
Rehabilitationserfolg 207; 279; 391
Rehabilitationsrecht 28
Rehabilitationsvergleich 149
Rehabilitationswissenschaft 331
Reha-Dauer 376
Reha-Erfolg 376; 455
Reha-Erfolg, Verstetigung 466
Reha-Forschung 205
Reha-Indikationsgruppen 110
Reha-Maßnahmen, Häufigkeit, Dauer 73
Reha-Motivation 175

Reha-Ökonomie 117; 495; 497
Reha-Sport 354
Reha-Statistik-Datenbasis 77
Reha-Team 223
Reha-Ziele 346
Relevanz, klinische 211
Rentenantragstellung 233
Rentenversicherungsträger 497
Reorganisation 312
Ressourcen 384
return-to-work 59
Review 439
rheumatoide Arthritis 171; 270
Rheumatologie 453
rheumatologische Rehabilitation 52; 54
Risikofaktoren 327
Risikomodifikation 122
Risikostratifikation 342
Rückenschmerz 257; 280
Rückenschmerzen 478
Rückenschmerzen, chronische 283; 297
Ruhedurchblutung 487
Salutogenese 430; 431
Schädel-Hirntrauma 67; 306; 446
Schädel-Hirn-Trauma 169; 315; 321
Schlafapnoesyndrom 370
Schlaf-Apnoe-Syndrom 336
Schlafstörungen 369
Schlaganfall 67; 187; 306; 312; 417; 471
Schlaganfall-Rehabilitation 304
Schlaganfallrehabilitation 301
Schmerz 35; 250; 256
Schmerz 50
Schutzfaktoren 430
Schweregrad 173
Screening 266; 441
Screening-Fragebogen 190
Sekundärprävention 327
Selbständigkeit 84
Selbstbestimmung 28
Selbstbeurteilung 270
Selbsthilfe 52; 54; 55
Selbsthilfe 48; 49; 50
Sensomotorik 285; 483
SF-36 163
SF36 Health Survey 279
SHT 314
Signifikanz, statistische 211
Skalierung 161
Skoliose 404
Somatisierungsstörung 247
Sozialarbeit 52
soziale Arbeit 469
soziale Auswirkungen 295
soziale Dimension der Rehabilitation 469
soziale Kompetenz 437
soziale Probleme 319
soziale Rehabilitation 52
soziale Unterstützung 32; 354; 437
Sozialgesetzbuch 28
sozialmedizinische Begutachtung 79; 194
Sozialmedizinische Prognose 77
Sozialrecht 226; 497
Spastik 421
Sporttherapie 274
Stabilitätsgrade 271
standardisiertes Interview 266
Standardkatamnese 138
stationäre Psychotherapie 138
Steuerung 222
Stroke 303
Strukturgleichungsmodelle 163
Strukturqualität 134
Strukturschäden 173
Sturzrisiko 483
subjektive Befindlichkeit 344
subjektive Bewertung 455
subjektive Gesundheitsangaben 235
Subjektive Theorien 37
subjektives Rehabilitationsbedürfnis 235
subkutane CO_2-Gas Insufflationen 257
substance addictions 144
Sucht 42
Suchtprävention 431
Supervision 462
supportives Verhalten 228
systemische Kontextanalyse 103
Systemvergleich 149
technische Hilfen 84
teilstationäre Rehabilitation 265; 277; 279
TELE 232
Testentwicklung 175
Tetraplegie 473
Theorie der Rehabilitation 220
Therapieabbruch 380
Therapieempfehlungen 239
Therapiekonzepte 297
Therapiemanual 391
Thrombose 293
tiefenpsychologische Psychotherapie 389
Totalendoprothese 291; 293
TQM 215
transkranielle Magnetstimmulation 312
transnationaler Vergleich 156

Validierung 187; 270
Validitätskontrolle 166
Vaskulitis 453
Venenerkrankungen 500
Venenverschlußplethysmographie 487
Verbundforschung 213; 215
Verbundmanagement 215
Vergütung 112
Verhaltensmedizin 122
Verhaltenstherapie 389; 444
Verhaltenstraining 363; 415
Versorgungskette 304
Versorgungsmodelle 158
Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen 100
Visitationen 135
Vorfeldmaßnahmen 98
Wirbelbruchnachbehandlung 271
Wirkfaktoren 139
Wirkfaktoren 50
wohnortnahe Rehabilitation 354
Zeitrente 59
zentrale Lähmung 421
Ziele 384
zielorientierte Evaluation 346
Zielorientierung 30; 177
Zufriedenheit 39
Zufriedenheit 42
Zugang 230
Zuweisung 242