

# Einstellungen zur Medizinischen Rehabilitation bei vertragsärztlich tätigen Rheumatologen und Patienten mit chronischer Polyarthrititis oder Spondylitis ankylosans

W. Mau<sup>1</sup>  
S. Mattussek<sup>2</sup>  
G. Kusak<sup>1</sup>  
J. L. Hülsemann<sup>3</sup>  
C. Gutenbrunner<sup>4</sup>

*Judgement of Medical Rehabilitation by Rheumatologists in Private Practice and by Patients with Rheumatoid Arthritis or Ankylosing Spondylitis*

## Zusammenfassung

Für den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ist die Einschätzung der Patienten und ihrer Ärzte von erheblicher Bedeutung. Deshalb wurden zwei Fragebogenerhebungen bei 172 vertragsärztlich tätigen internistischen Rheumatologen und bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrititis (cP; n = 88) oder einer Spondylitis ankylosans (Spa; n = 42) aus einer rheumatologischen Ambulanz durchgeführt. Erhoben wurden verschiedene Aspekte der Medizinischen Rehabilitation bei diesen Erkrankungen einschließlich möglicher Hinderungsgründe. Während von allen Patienten lediglich 16% keinen Reha-Antrag stellen wollen, sieht nur ein kleiner Teil der Rheumatologen bei der Mehrheit der eigenen Patienten einen Reha-Bedarf. Dagegen werden von den Rheumatologen verschiedene Rehabilitationsziele und -elemente hoch bewertet, vor allem Funktionsverbesserung (entsprechend Krankengymnastik, Ergotherapie), Schmerzreduktion und Verbesserung der Eigenkompetenz/Krankheitsverarbeitung (entsprechend physikalische Therapie und Patientenschulung) sowie berufliche Wiedereingliederung. Als Gründe gegen Reha-

## Abstract

The judgment of patients and rheumatologists regarding in- and outpatient rehabilitation is one of the most relevant factors for referral. Therefore, two separate questionnaires were sent to 172 rheumatologists in private practice and to outpatients with rheumatoid arthritis (RA; n = 88) or ankylosing spondylitis (AS; n = 42). The questionnaires covered different aspects of medical rehabilitation of patients suffering from these diseases including reasons against rehabilitation. Whereas only 16% of the patients did not intend to request rehabilitation, only a minority of the rheumatologists confirmed the need for in- or outpatient rehabilitation in more than 50% of their patients with RA or AS. By contrast, the rheumatologists gave high ratings of different rehabilitation objectives and measures, in particular for functional improvement with physiotherapy and occupational therapy, for pain reduction and improvement through self management and coping with the disease by means of physical therapy and patient education, and for vocational rehabilitation. Rheumatologists and patients with RA mentioned "no or few disease symptoms"

### Anmerkung

Unter Mitarbeit der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. mit Förderung der LVA Hannover

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin, Halle (Saale)

<sup>2</sup> Regionales Kooperatives Rheumazentrum Hannover e.V., Hannover

<sup>3</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Rheumatologie, Hannover

<sup>4</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Balneologie und Medizinische Klimatologie, Hannover

### Danksagung

Die Autoren danken der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die Unterstützung bei der Befragung der Rheumatologen. Besonderer Dank gilt Frau Roth, die sich als Ärztin der Rheumatologischen Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover besonders bei der Durchführung der Patientenbefragung engagiert hat sowie Frau und Herrn Völker für die Unterstützung bei der Dateneingabe und -auswertung der Ärztebefragung.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wilfried Mau · Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät · 06097 Halle (Saale) · Tel.: 03 45/5 5742 04 · Fax: 03 45/5 5742 06 · E-mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de

### Bibliografie

Akt Rheumatol 2004; 29: 232 – 238 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-813672  
ISSN 0341-051x

Maßnahmen werden von Rheumatologen und cP-Patienten vor allem geringe Beschwerden genannt, bei den häufiger erwerbstätigen Spa-Kranken finanzielle und berufliche Gründe. Insgesamt stehen Patienten mit cP oder Spa und internistische Rheumatologen zahlreichen Aspekten der Medizinischen Rehabilitation positiv gegenüber. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die gezielte Nutzung der Möglichkeiten des Rehabilitationssektors im gegenwärtigen Umbruch des Gesundheitsversorgungssystems.

### Schlüsselwörter

Medizinische Rehabilitation · chronische Polyarthritits · Spondylitis ankylosans · Fragebogenerhebung

as main reason against rehabilitation. For patients with AS, who were more frequently gainfully employed, financial and occupational adverse reasons were predominating. In summary, patients with RA or AS and rheumatologists gave positive judgments regarding many aspects of medical rehabilitation. This is important for the specific use of in- and outpatient rehabilitation services in the current process of fundamental changes of the German health care system.

### Key words

Medical rehabilitation · rheumatoid arthritis · ankylosing spondylitis · questionnaires

## Einführung

In den letzten Jahren und aktuell ist bei entzündlich rheumatischen und anderen muskuloskelettalen Erkrankungen eine verminderte Zahl von Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen, für die ursächlich vor allem Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation 1996/1997, aktuelle Umbrüche in den akut stationären und ambulanten Versorgungssektoren (z. B. in Folge der DRG-Einführung, des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, der Rehabilitationsrichtlinien) sowie konjunkturelle und wettbewerbsbedingte Faktoren diskutiert werden [6, 9, 20, 22]. Obwohl bei der chronischen Polyarthritits (cP) das hohe Risiko der Erwerbsunfähigkeit und entsprechende Vorhersageparameter bekannt sind [2, 15] und am Beispiel der Patientenschulung die Kosteneffektivität der Rehabilitation zur Verzögerung der Erwerbsunfähigkeit nachgewiesen wurde [11], wird ca. ein Drittel der Patienten mit einer cP berentet, ohne jemals an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben [14]. Auch für die Spondylitis ankylosans (Spa) sind Defizite der Rehabilitation bekannt, obwohl zahlreiche Hinweise auf die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation vorliegen [11, 24]. Deshalb ist die Bedeutung der Rehabilitation für die Qualitätssicherung der rheumatologischen Versorgung mit der Formulierung entsprechender Empfehlungen mehrfach hervor gehoben worden [4, 7, 18]. Für den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ist die Einschätzung der Patienten und ihrer Ärzte von erheblicher Bedeutung. In früheren Untersuchungen wurde festgestellt, dass ein Teil der niedergelassenen Ärzte Rehabilitationsmaßnahmen zwar skeptisch gegenüberstehen, sie aber bei rheumatischen Erkrankungen häufiger als bei anderen Indikationen als wichtig und erfolgreich einschätzen [25]. Differenzierte Daten von internistischen Rheumatologen und von Patienten mit einer cP oder Spa zu verschiedenen Aspekten der medizinischen Rehabilitation bei diesen Erkrankungen einschließlich möglicher Hinderungsgründe liegen bisher in Deutschland nicht vor. Um dieses Defizit zu beheben, wurden zwei Befragungen durchgeführt, die in diesem Beitrag dargestellt werden.

## Probanden und Methoden

Als Querschnittsuntersuchungen wurden zwei Fragebogenerhebungen bei vertragsärztlich tätigen Rheumatologen bzw. bei Patienten mit cP oder Spa durchgeführt.

### Rheumatologenbefragung

Als Teil einer vergleichenden anonymen Untersuchung verschiedener Vertragsarztgruppen [16] nahmen im Jahr 2001 172 vertragsärztlich tätige internistische Rheumatologen aus der Mitgliederdatei der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie an einer postalischen Fragebogenerhebung zur Medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit cP oder Spa teil. Erfragt wurden getrennt für die eigenen Patienten mit cP bzw. SPA: die Patientenanteile mit Bedarf an stationärer bzw. ambulanter (früher teilstationärer) Rehabilitation, die Wichtigkeit verschiedener Rehabilitationsziele und einzelner Rehabilitationselemente, die Bedeutung eigener Gründe gegen die Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme jeweils auf einer 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0 = nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig) sowie die Häufigkeit angenommener Patientengründe gegen die Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme auf einer 11-stufigen NRS von 0 = nie bis 10 = sehr häufig.

### Patientenbefragung

Über 3 Monate wurden im Jahr 2000 konsekutiv alle Patienten mit einer cP oder einer Spa anonym befragt, die in der Rheumaambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover betreut wurden [13]. Außer der Diagnose, die vom Arzt der Rheumaambulanz dokumentiert wurde, wurden ausschließlich Patientenangaben erfasst. Insgesamt haben 88 Patienten mit einer cP und 42 Patienten mit einer Spa auswertbare Fragebögen abgegeben. Die Patientencharakteristika sind in Tab. 1 wiedergegeben. Der Fragebogen umfasste 25 Fragen aus den vier Bereichen Soziodemografie, Gesundheitszustand, ärztlich verordnete komplementäre (nichtmedikamentöse) Behandlungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten sowie Erfahrungen und Erwartungen bezüglich einer Rehabilitationsmaßnahme. Im Vordergrund standen die detaillierte Erfassung der persönlichen Einstellungen, Erwartungen und Ablehnungsgründe.

Tab. 1 Soziodemografische und krankheitsbezogene Charakteristika der teilnehmenden Patienten

|   | cP<br>n = 88 | Spa<br>n = 42 |
|---|--------------|---------------|
| Alter (Jahre) <sup>#</sup>  | 59,9         | 48,6***       |
| Frauen  | 74%          | 67%           |
| Anzahl Personen im Haushalt <sup>#</sup>  | 2,2          | 2,7**         |
| Erwerbstätigkeit z. Z.  | 23%          | 63%***        |
| Arbeitsunfähigkeit z. Z.  | 5%           | 23%           |
| EU-Rente wg. rh. Erkrankung   | 25%          | 15%           |
| Krankheitsdauer (Jahre) <sup>#</sup>  | 14,1         | 12,0          |
| Schmerzintensität letzte 4 Wochen (NRS 0 [keine] bis 10 [unerträgliche Schmerzen]) <sup>#</sup> | 4,1          | 5,1*          |
| Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit <sup>##</sup>                                      | 4,6          | 4,8           |
| Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens <sup>##</sup>                                    | 3,7          | 4,4           |
| Beeinträchtigung der sozialen Kontakte <sup>##</sup>  | 3,3          | 3,6           |

<sup>#</sup> Mittelwert; <sup>##</sup> Mittelwert auf 11-stufiger NRS 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr stark) \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## Statistische Auswertungen

Die Daten wurden mit dem SPSS-Programm (Version 12.0) ausgewertet (Häufigkeiten, Mittelwerte z.T. mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-CI),  $\chi^2$ -Tests und Mann-Whitney-U-Tests).

## Ergebnisse

### Rheumatologenbefragung

#### Rehabilitationsbedarf

Der Rehabilitationsbedarf wird von internistischen Rheumatologen global eher gering eingeschätzt. Ein stationärer bzw. ambulanter Rehabilitationsbedarf bei über 50% der eigenen Patienten wird von etwa jedem fünften Rheumatologen für die Spa und nur von ca. jedem zehnten für die cP gesehen (Abb. 1). Einen seltenen Reha-Bedarf bei weniger als 20% der Kranken mit einer der beiden Diagnosen geben ca. die Hälfte der Fachärzte für die ambulante Form und 36 bis 39% für das stationäre Angebot an.

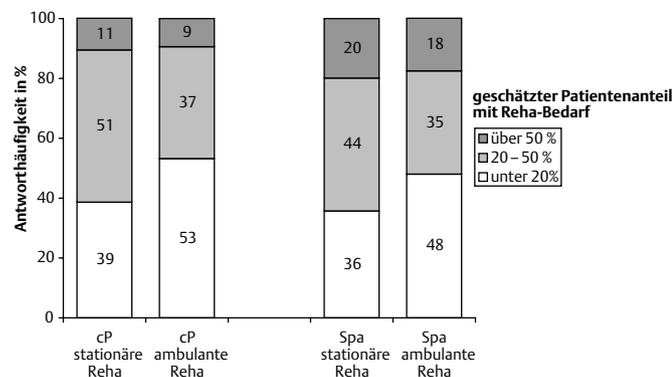


Abb. 1 Von den Rheumatologen geschätzter Prozentsatz eigener Patienten mit cP bzw. Spa, die Bedarf an einer Medizinischen Rehabilitation haben.

### Differenzierung der Rehabilitationsziele

Dagegen werden einzelne Ziele der Rehabilitation hoch bewertet: 9 der 11 zur Auswahl vorgegebenen Rehabilitationsziele werden im Mittel mit mehr als 7 Punkten eingeschätzt (Abb. 2). Am wichtigsten ist die Verbesserung der Funktion des Bewegungsapparates mit durchschnittlich 8,9 gefolgt von der Stärkung der Eigenkompetenz im Umgang mit der Erkrankung (8,1) und der Schmerzreduktion (7,9). Auch die berufsbezogenen Ziele werden mit 7,5 für wichtig gehalten. Die geringste Bedeutung hat die Entlastung vom häuslichen Umfeld (5,9).

### Einzelne Elemente in der Rehabilitation

Entsprechend der Zielhierarchie werden intensive Krankengymnastik (9,1) und Ergotherapie (8,7) als wichtigste Elemente der medizinischen Rehabilitation eingeschätzt gefolgt von anderen physikalischen Therapiemaßnahmen und der Patientenschulung (7,8) (Abb. 3). Dagegen sind die Komplettierung der Diagnostik und die Optimierung der medikamentösen Therapie kaum von Bedeutung.

### Gründe gegen Rehabilitationsmaßnahmen

Gegenüber den Rehabilitationszielen und -elementen ist das Ausprägungsniveau der Gründe gegen die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen mit durchschnittlich 3,4 bis 5,4 deutlich niedriger (Abb. 4). Unter den persönlichen Gründen der Rheumatologen wird als am wichtigsten eine zu geringe Krankheitsausprägung angesehen, gefolgt von der Einschätzung, dass die Therapie ohne Rehabilitationsmaßnahmen ausreichend ist. Eine zu schwer ausgeprägte rheumatische Erkrankung hat die geringste Bedeutung. Nach Angaben der Rheumatologen sind patientenseitig familiäre und berufliche Hinderungsgründe am häufigsten (Abb. 5).

### Patientenbefragung

#### Ärztlich verordnete komplementäre Therapie

Bei 39% der cP-Kranken und 28% der Spa-Kranken wurde in den letzten 12 Monaten außerhalb von Rehabilitationsmaßnahmen keine komplementäre Therapie verordnet (Tab. 2). Unter den Patienten mit mindestens einer Verordnung wurden von nur 15% der cP-Patienten und einem Viertel der Spa-Kranken mehr als 2 Therapieformen genannt. Weit im Vordergrund stand mit ca. 90% die Krankengymnastik.

### Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen

Nur 50% der Spa-Patienten und 65% der cP-Patienten haben bisher an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen (Tab. 3). Mehr als drei Viertel der beiden Gruppen gaben an, von der letzten Maßnahme profitiert zu haben ( $\geq 5$  auf einer 11-stufigen NRS von 0 = überhaupt nicht profitiert bis 10 = sehr stark profitiert). Von den Patienten mit cP oder Spa, die noch nicht an einer Reha-Maßnahme teilgenommen hatten, wollten nur 16% definitiv keinen Antrag stellen; 33% gaben an, dass sie von ihrem Arzt noch nie darauf angesprochen worden seien; 24% haben selbst noch nicht an einen Antrag gedacht (Daten nicht dargestellt). Die Teilnehmer an früheren Rehabilitationsmaßnahmen sind gegenüber den Nichtteilnehmern länger erkrankt (16,5 vs. 8,8 Jahre,  $p < 0,001$ ) und gaben eine stärkere Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit (5,1 vs. 4,0 auf einer NRS von 0–10,  $p < 0,05$ ) sowie der sozialen Kontakte an (3,7 vs. 2,9 auf einer NRS von 0–10,  $p < 0,05$ ).

Von 67% der cP-Kranken bzw. 74% der Spa-Patienten wird die stationäre Rehabilitationsform gegenüber der ambulanten bevorzugt.

### Reha-Erwartungen

Aus einem Katalog von 11 Erwartungen an eine Reha-Maßnahme wurden im Mittel 5,6 Erwartungen genannt; nur 4% der Befragten gaben keine Erwartungen an. Bei beiden Krankheitsbildern stehen dieselben 4 Erwartungen mit jeweils mindestens 60% im Vordergrund: Verbesserung der Beweglichkeit, Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Schmerzlinderung und körperliche Erholung (Abb. 6). Alltags- und Krankheitsbewältigung so-

wie Informationen über die Erkrankung und über Hilfen werden von 39% bis 71% genannt. Berufsbezogene Erwartungen sind bei cP zwischen 6 und 15% und bei den häufiger erwerbstätigen Spa-Patienten zwischen 21% und 37% angeführt worden.

### Hinderungsgründe gegen eine Antragstellung

Gründe gegen eine Rehabilitationsmaßnahme haben bei beiden Krankheitsbildern nur eine geringe Bedeutung (Abb. 7). Von 12 vorgegebenen Gründen gegen eine Reha-Maßnahme wurden im Mittel 1,2 Gründe genannt; 23% der Befragten gaben keine Gründe an. Am häufigsten wurden von cP-Kranken keine oder nur geringe Beschwerden (38%) und von Spa-Patienten finanzielle

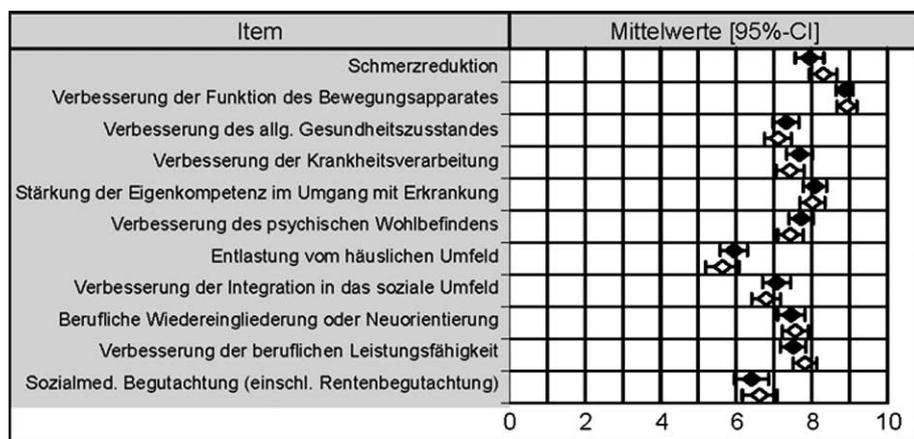


Abb. 2 Von den Rheumatologen angegebene Wichtigkeit verschiedener Rehabilitationsziele. Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall einer 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0 = nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig) (Gefüllte Zeichen: cP, leere Zeichen: Spa).

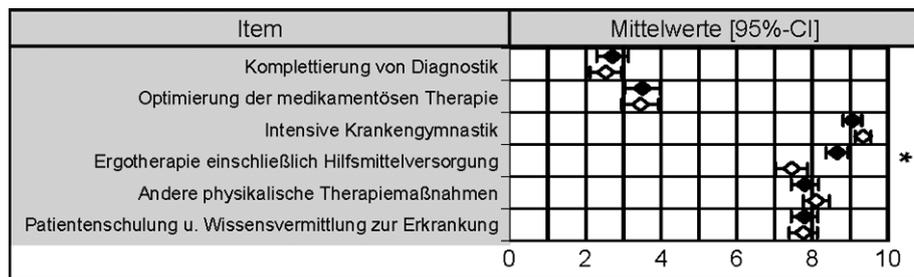


Abb. 3 Von den Rheumatologen angegebene Wichtigkeit einzelner Elemente von Rehabilitationsmaßnahmen. Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall einer 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0 = nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig). \*p < 0,05 für Unterschied zwischen cP- und Spa-Patienten (Gefüllte Zeichen: cP, leere Zeichen: Spa).

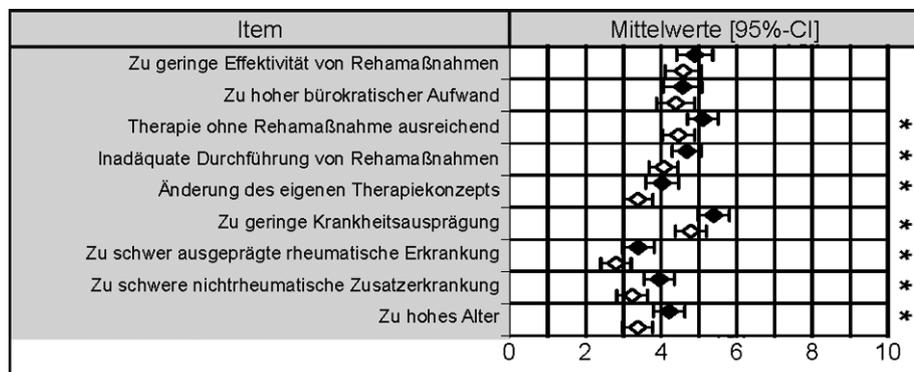


Abb. 4 Von den Rheumatologen angegebene Wichtigkeit verschiedener eigener Gründe gegen Rehabilitationsmaßnahmen. Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall einer 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0 = nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig). \*p < 0,05 für Unterschied zwischen cP- und Spa-Patienten (Gefüllte Zeichen: cP, leere Zeichen: Spa).

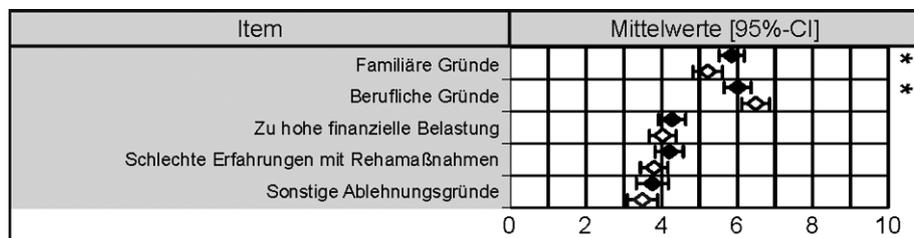


Abb. 5 Von den Rheumatologen geschätzte Häufigkeit verschiedener Gründe der eigenen Patienten gegen Rehabilitationsmaßnahmen. Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall einer 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0 = nie bis 10 = sehr häufig). \*p < 0,05 für Unterschied zwischen cP- und Spa-Patienten (Gefüllte Zeichen: cP, leere Zeichen: Spa).

Tab. 2 Komplementäre ärztliche Behandlungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten (z. B. Krankengymnastik, Bäder, Massagen, Elektrotherapie, Ergotherapie)

|                                   | cP<br>n = 88 | Spa<br>n = 42 |
|-----------------------------------|--------------|---------------|
| keine                             | 39%          | 28%           |
| mindestens eine Therapieform      | 61%          | 72%           |
| davon                             |              |               |
| – 1 Therapieform                  | 62%          | 41%           |
| – 2 verschiedene Therapieformen   | 23%          | 35%           |
| – > 2 verschiedene Therapieformen | 15%          | 24%           |
| Krankengymnastik                  | 87%          | 90%           |
| Bäder                             | 8%           | 28%*          |
| Massagen                          | 28%          | 31%           |
| andere                            | 32%          | 34%           |

\* p < 0,05

Tab. 3 Angaben zu bisherigen und zukünftigen Rehabilitationsmaßnahmen

|   | cP<br>n = 88 | Spa<br>n = 42 |
|---|--------------|---------------|
| bisher durchgeführte Reha-Maßnahmen             | 65%          | 50%           |
| davon   |              |               |
| – mittlere Anzahl der Reha-Maßnahmen            | 2,4          | 2,0           |
| – Erfolg der letzten Reha-Maßnahme <sup>#</sup> | 84%          | 76%           |
| – Wunsch nach erneuter Reha                     | 74%          | 100%*         |
| zukünftige Reha-Maßnahmen                       |              |               |
| – kein Antrag gewünscht                         | 20%          | 10%           |
| – hoher erwarteter Reha-Erfolg <sup>#</sup>     | 74%          | 86%           |
| – bevorzugte Reha-Form                          |              |               |
| stationär                                       | 67%          | 74%           |
| teilstationär                                   | 33%          | 26%           |

<sup>#</sup> ≥ 5 auf 11-stufiger NRS von 0 (überhaupt nicht profitiert) bis 10 (sehr stark profitiert)

\* p < 0,05

Gründe (27%) angeführt. Arbeitsplatzprobleme gab nahezu jeder fünfte Spa-Kranke an. Schlechte Erfahrungen mit Reha-Maßnahmen wurden nur von 4% als Hinderungsgrund geäußert.

## Diskussion

### Reha-Teilnahme und globale Bedarfsschätzung

Trotz langer mittlerer Krankheitsdauer der cP- und Spa-Patienten von 14 bzw. 12 Jahren sowie den in Tab. 1 dargestellten Hinweisen auf mehrdimensionale Beeinträchtigungen haben nur zwei Drittel bzw. die Hälfte der Kranken bisher an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen. Für die cP liegt die Reha-Teilnahme über den Anteilen von 55% in einer multizentrischen Studie rheumatologischer Ambulanzen [1] und 30% in der Kerndokumentation der deutschen Rheumazentren [27], bei denen die Erkrankung allerdings im Mittel nur 6 bis 10 Jahre bestand. Geringe Beschwerden sind zumindest aus Sicht der Spa-Kranken in der vorliegenden Studie keine ausreichende Erklärung für nicht ausgeschöpfte Reha-Maßnahmen, da nur 18% diesen Grund angeben. Von allen Patienten wollen lediglich 16% keinen Reha-Antrag stellen. Dagegen sieht nur ein kleiner Teil der Rheumatologen bei der Mehrheit der eigenen Patienten einen Reha-Bedarf, und zwar für Spa-Kranke (tendenziell) häufiger als für cP-Patienten. Zum Vergleich gaben 49% der ärztlichen Teilnehmer an einer rheumatologischen Fortbildungsveranstaltung an, häufig Rehaempfehlungen in der Praxis auszusprechen [19]. Diese positive Einschätzung hängt möglicherweise damit zusammen, dass mehr als die Hälfte der Befragten über eigene berufliche Erfahrungen in der Rehabilitation verfügt. In der vorliegenden Untersuchung ist nicht bekannt, welche Rehabilitationskenntnisse die Rheumatologen haben. Eine gewisse ärztliche Zurückhaltung gegenüber den erfragten stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wäre dann eher verständlich, wenn bei Beeinträchtigungen auf mehreren Ebenen entsprechend den biopsychosozialen Krankheitsfolgen die erforderlichen komplementären Maßnahmen in breitem Umfang und kombiniert ambulant verordnet würden. Tatsächlich erhielten aber im letzten Jahr vier von zehn cP-Patienten und drei von zehn Spa-Patienten überhaupt keine komplementäre Therapie

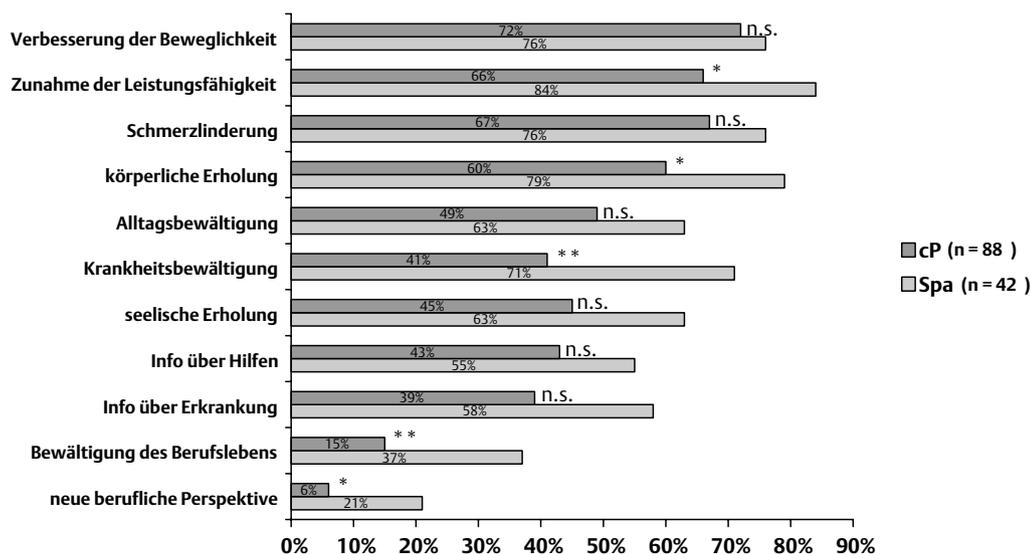


Abb. 6 Häufigkeit der von Patienten genannten Erwartungen an eine Rehabilitationsmaßnahme (\* p < 0,05; \*\* p < 0,01); Mehrfachnennungen möglich.

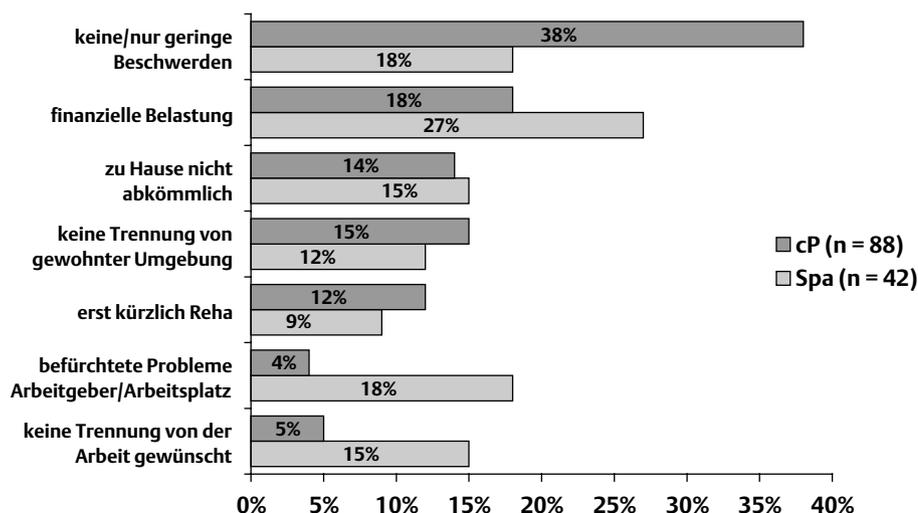


Abb. 7 Von mindestens 5% in beiden Patientengruppen angegebene Gründe gegen eine Reha-Maßnahme (\* $p < 0,05$ ); Mehrfachnennungen möglich. Seltener Gründe nicht dargestellt: Ablehnung Arzt/Angehörige, schlechte Erfahrungen mit Reha, Verlust von Urlaubstagen, zu starke Beschwerden.

und nur 15% bzw. 24% mehr als zwei dieser Maßnahmen. Diese Ergebnisse entsprechen den Daten der Kerndokumentation von 5465 ambulant rheumatologisch behandelten cP-Kranken, die in 40% keine komplementären Maßnahmen bekamen [27]. Besondere Defizite wurden in der Kerndokumentation bei der Verordnung der Ergotherapie (4,6%) und der Patientenschulung (1,5%) deutlich, obwohl die Wirksamkeit belegt ist [10, 11, 21, 23].

### Rehabilitationsziele und -elemente

Im Gegensatz zu der zurückhaltenden Einschätzung bei der einleitenden Frage zum globalen Rehabilitationsbedarf der eigenen Patienten mit cP oder Spa im Arzt-Fragebogen erfolgt bei der anschließenden differenzierten Abfrage eine hohe Bewertung verschiedener Rehabilitationsziele und -elemente durch die internistischen Rheumatologen. Führend sind hier die Funktionsverbesserung und entsprechend die intensive Krankengymnastik sowie Ergotherapie einschließlich Hilfsmittelversorgung. Es folgen die Schmerzreduktion sowie die Stärkung der Eigenkompetenz im Umgang mit der Erkrankung und die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung mit den Maßnahmen der physikalischen Medizin bzw. der Patientenschulung und Wissensvermittlung. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass von den internistischen Rheumatologen durchaus eine kompensatorische bzw. komplementäre Funktion von Rehabilitationsmaßnahmen zu der beschränkten Verfügbarkeit und Verordnungsmöglichkeit der komplementären Therapie in der Praxis gesehen wird. Die genannten ärztlichen Rehabilitationsziele decken sich weitgehend mit den entsprechenden Patientenerwartungen. Als weiterer wichtiger Kompetenzbereich von Rehabilitationsmaßnahmen werden die Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung oder Neuorientierung seitens der Ärzte ebenfalls hoch eingeschätzt. Die geringere Bedeutung entsprechender Patientenerwartungen vor allem bei cP-Kranken ist durch die geringe Erwerbstätigkeitsquote im von uns befragten Kollektiv erklärbar. Von den zu einem größeren Prozentsatz erwerbstätigen Spa-Patienten erwartet mehr als die Hälfte eine Unterstützung bei der Bewältigung des Berufslebens durch Rehabilitationsmaßnahmen und etwa jeder Dritte eine neue berufliche Perspektive. Gerade die umfassende Untersuchung und Unterstützung bei der Bewältigung von biopsychosozialen Krankheitsfolgen einschließlich der sozialmedizinischen Begutach-

tung und beruflichen Orientierung ist ein zeitintensiver Leistungsbereich, der von der Rehabilitation kompetent angeboten wird [8, 26].

### Ambulante gegenüber stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Sowohl von den Rheumatologen als auch den Patienten wird die stationäre Rehabilitationsform gegenüber der ambulanten deutlich bevorzugt. Dazu können der geringere Bekanntheitsgrad und die seltenere regionale Verfügbarkeit der ambulanten Rehabilitation beitragen. Relevanter ist wahrscheinlich eine mangelnde Mobilität zahlreicher Patienten, die neben anderen Differenzialindikationen der beiden Rehabilitationsformen für stationäre Verfahren spricht [18]. Diese Ergebnisse sind vereinbar mit einer anderen Untersuchung, nach der nur bei jedem fünften Patienten mit rheumatologischer Indikation die ambulante Rehabilitationsform die stationäre ersetzen kann [19]. Die in der genannten Studie befragten Ärzte sahen in 78% die ambulante Rehabilitation als Ergänzung der stationären Angebote. Für die Zufriedenheit mit den jeweils kennen gelernten Rehabilitationsformen sprechen die hohen Zustimmungswerte für die stationäre bzw. ambulante Rehabilitation bei orthopädischer Indikation [17]. Die erhofften Vorteile ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen wie die gute regionale Vernetzung mit anderen Versorgungsbereichen und berufsbezogenen Angeboten wird zumindest noch nicht in allen Einrichtungen realisiert, so dass hier ein Optimierungspotenzial zu sehen ist [3].

### Gründe gegen Rehabilitationsmaßnahmen

Gegenüber der hohen arzt- und patientenseitigen Bewertung von Rehabilitationszielen, -erwartungen und -elementen tritt die Bedeutung von Hinderungsgründen deutlich zurück. Angesichts des rückläufigen Behinderungsgrades von cP-Patienten in den letzten 20 Jahren, für die Fortschritte der rheumatologischen, insbesondere medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten relevant sein dürften [12], sind Rehabilitationsmaßnahmen nicht bei jedem Patienten notwendig. Vor diesem Hintergrund ist die Nennung von geringer Beschwerde-/Krankheitsausprägung als wichtigster Grund gegen die Rehabilitation bei cP verständlich. Bemerkenswert ist die herausragende Bedeutung der finanziellen Belastung (z. B. durch Zuzahlungen) für Spa-Patienten, die von den Rheumatologen offensichtlich nicht in gleichem

Ausmaß als relevant wahrgenommen wird. Deshalb sollten finanzielle Hinderungsgründe im reabezogenen Entscheidungsprozess stärker berücksichtigt und Entlastungsmöglichkeiten im Einzelfall mit den Kostenträgern geprüft werden. Besonders bei den zu einem höheren Prozentsatz erwerbstätigen Spa-Patienten werden von jedem Fünften Probleme mit dem Arbeitgeber/am Arbeitsplatz genannt. Diese stark von der Arbeitsmarktsituation abhängigen Faktoren werden gegenwärtig als Hauptursachen der seit 2003 in der gesetzlichen Rentenversicherung wieder stärker rückläufigen Gesamtzahl von Anträgen auf Rehabilitation nach allgemeinen Antragsverfahren diskutiert.

### Ausblick

Der vorliegende Beitrag zeigt, dass zahlreiche Aspekte der medizinischen Rehabilitation sowohl von den betroffenen Patienten als auch den betreuenden internistischen Rheumatologen positiv bewertet werden. Aktuell wird die Versorgung mit komplementären Maßnahmen außerhalb von Rehabilitationsverfahren im ambulanten und stationären Sektor der Akutmedizin zunehmend erschwert (z. B. Heilmittelrichtlinien [5], Verweildauerverkürzung und unzureichende Leistungsverrechnung im Krankenhaus [20]). Auch die sozialmedizinische Kompetenz mit der Weichenstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bleibt bei den schwierigen Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen ein wichtiges Feld der Rehabilitation. Deshalb ist davon auszugehen, dass Rehabilitationsmaßnahmen von vielen rehabilitationsbedürftigen Patienten mit cP oder Spa und ihren Rheumatologen auch und gerade unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen als wertvoller und gezielt zu nutzender Teil der Versorgungsstrukturen angesehen werden.

### Literatur

- 1 Bräuer W, Mau W. Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthritiden. *DRV-Schriften* 2000; 20: 74–76
- 2 Bräuer W, Merkesdal S, Mau W. Langzeitverlauf und Prognose der Erwerbstätigkeit im Frühstadium der chronischen Polyarthritiden. *Z Rheumatol* 2002; 61 (4): 426–434
- 3 Dietsche S, Bürger W, Morfeld M et al. Struktur- und Prozessqualität im Vergleich verschiedener Versorgungsformen in der orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation*. Stuttgart, 2002; 41 (2–3): 103–111
- 4 Engel JM, Uhlemann C, Berg W et al. Physikalische Medizin in der Rheumatologie – differenzialindikative Verordnung bei rheumatoider Arthritis, ankylosierender Spondylitis und progressiver systemischer Sklerose. *Akt Rheumatol* 2003; 4 (28): 218–224
- 5 Gemeinsamer Bundesausschuss. Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien). *Bundesanzeiger* 2004; 56 (106a): 1–80
- 6 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Bundesanzeiger* 2004; 63: 67–69
- 7 Jäckel W, Beyer WF, Droste U et al. Memorandum zur Lage und Entwicklung der Rehabilitation bei Rheumakranken. *Z Rheumatol* 1996; 55: 410–422
- 8 Jäckel WH. Rehabilitation bei rheumatischen Krankheiten. In: Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). *Interdisziplinäre klinische Rheumatologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2001: 503–516
- 9 Jäckel WH, Mau W, Zink A et al. Routineberichterstattung zur medizinischen Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheiten. *Z Rheumatol* (im Druck)
- 10 Krauth C, Rieger J, Bönisch A et al. Kosten und Nutzen eines Schulungsprogramms für Patienten mit Spondylitis ankylosans in der stationären Rehabilitation. *Untersuchungsdesign und erste Ergebnisse*. *Z Rheumatol* 2003; 62 (Suppl 2): II14–II16
- 11 Krauth C, Rieger J, Mau W et al. Gesundheitsökonomische Evaluation der langfristigen Auswirkungen eines Schulungsprogramms für Patienten mit chronischer Polyarthritiden In: Petermann F (Hrsg). *Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer Verlag, 2003: 293–307
- 12 Krishnan E, Fries JF. Reduction in long-term functional disability in rheumatoid arthritis from 1977 to 1998: a longitudinal study of 3035 patients. *Am J Med* 2003; 115 (5): 371–376
- 13 Mattussek S, Roth K, Hülsemann JL et al. Subjektives Rehabilitationsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Polyarthritiden oder Spondylitis ankylosans. *DRV-Schriften* 2004; (52): 159–162
- 14 Mau W, Bornmann M, Weber H et al. Defizite rehabilitativer Maßnahmen im Verlauf der frühen chronischen Polyarthritiden. *Z Rheumatol* 1996; 55: 223–229
- 15 Mau W, Bornmann M, Weber H et al. Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis: results of a tree structured analysis using RECPAM. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 652–659
- 16 Mau W, Völker A, Mattussek S et al. Bedeutung der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritiden für Vertragsärzte mit unterschiedlicher Spezialisierung. *DRV-Schriften* 2003; 40: 46–48
- 17 Morfeld M, Bürger W, Dietsche S et al. Subjektive Bewertung der Behandlungsangebote in stationärer und ambulanter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2002; 41 (2–3): 112–118
- 18 Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. Medizinische Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritiden oder Spondylarthritis. Informationen und Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. *Orthopäde* 2000; 29: 994–9998
- 19 Riehemann W, Muthny FA. Was Ärzte von der Rehabilitation halten – eine empirische Untersuchung mit Rheumatologen. *Rehabilitation* 1995; 34: 154–160
- 20 Roeder N, Fiori W, Hülsemann JL et al. Rheumatologie im DRG-Fallpauschalensystem. *Z Rheumatol* 2004; 63 (1): 43–56
- 21 Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM et al. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1: CD003114
- 22 Thomeit W. Informationsstand und Einstellungen zur Rehabilitation in der Bevölkerung. *Rehabilitation* 1999; 38 (2): 116–121
- 23 Thyberg I, Hass UA, Nordenskiöld U et al. Survey of the use and effect of assistive devices in patients with early rheumatoid arthritis: a two-year followup of women and men. *Arthritis Rheum* 2004; 51 (3): 413–421
- 24 van Tubergen A, Boonen A, Landewe R et al. Cost effectiveness of combined spa-exercise therapy in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002; 47 (5): 459–467
- 25 Vogel H, Petermann F, Schillegger P et al. Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. *Rehabilitation* 1997; 36 (2): 96–105
- 26 Wasmus A, Pott HG. Begutachtung. In: Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). *Interdisziplinäre klinische Rheumatologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2001: 517–527
- 27 Zink A, Listing J, Niewerth M et al. The national database of the German Collaborative Arthritis Centres: II. Treatment of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 207–213