

Eberhard Zillessen, Bad Neuenahr-Ahrweiler:

Evidenzbasierte Rehabilitation

Was ist erreicht?

Wo sind die Grenzen?

Diese Fragen sind mir gestellt worden im Hinblick auf das Indikationsgebiet *Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels*, was Antworten ungleich schwerer macht, als bei Reha-Indikationen mit Ereignischarakter (z.B. zerebraler Insult, Herzinfarkt oder Hüftgelenksersatz).

Was ist erreicht? – Die jüngste Entwicklung

In den 80er Jahren hat sich die Rehabilitation auch in unserem Fachgebiet – zunächst in der alten Bundesrepublik Deutschland und dort zunehmend flächendeckend - von der Kur mit ihrer Erkenntnisbasis allein auf Überlieferung und wissenschaftlich ungeprüfter Erfahrung getrennt. Rehabilitation hat für sich wissenschaftliche Maßstäbe und Überprüfbarkeit anerkannt. Durch die *Reha-Kommission* des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wurden die Rehabilitationskonzepte in einem breit angelegten träger- und berufsgruppenübergreifenden Prozess systematisch überarbeitet¹. Aus diesen Arbeitsgruppen sind wissenschaftliche Fachgesellschaften hervorgegangen, so auch die *Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*, mit der selbstgewählten Aufgabe, diesen Entwicklungsprozess fortzuschreiben². Edukative Behandlungsangebote und aktivierende, psychosomatische Aspekte einbeziehende Behandlungskonzepte haben Anerkennung und vermehrtes Gewicht bekommen³. Auf der Basis gemeinsam erarbeiteter Konzepte wurde auch der Einstieg in Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung möglich, die inzwischen grundsätzlich akzeptiert wird, wenn auch um angemessene Instrumente noch gerungen wird⁴. Die Zielorientierung der Rehabilitationsbehandlung, die Einbeziehung des Patienten als aktiven Behandlungspartner (Empowerment) sind anerkannt⁵. Das Rollenverständnis der in der Rehabilitation tätigen Professionen wandelt sich auf Teamstrukturen hin⁶. Es gibt ein weitgehend einheitliches Reha-Dokumentations- und Berichtswesen, das durch die Einführung von MEGAREDO noch einen deutlichen Fortschritt erfährt⁷. Leitlinien für die Rehabilitation in unserem Fachgebiet wurden seitens der GRVS erarbeitet und 1999 verabschiedet⁸. Die wissenschaftliche Bearbeitung von Teilprojekten vom Reha-Zugang, der sozialmedizinischen Begutachtung, dem Effekt einzelner Therapiemaßnahmen bis hin zu Ergebnis-Evaluationsstudien ist im Rahmen der Verbundforschung (z.T. auch außerhalb) in Gang gekommen. Allmählich werden diese Veränderungen auch in der Öffentlichkeit wahrgenommen.

Evidenzbasierte Rehabilitation – Was ist erreicht?

Evidenzbasierte Rehabilitation setzt voraus eine inhaltliche Definition der medizinischen Leistung „Rehabilitation“, die Abgrenzung der Leistung „Rehabilitation“ von anderen medizinischen Leistungen nach schwerer akuter Krankheit wie bei chronischer Krankheit, schließlich wissenschaftlich fundierte Effektnachweise (‘evidence’) von medizinischer Rehabilitation, die sich unter Alltagsbedingungen bewähren (‘effectiveness’).

Evidenzbasierte Rehabilitation bedeutet eine Definition von Rehabilitationsbedürftigkeit / -bedarf sowohl beim Individuum als auch in der Gesellschaft bzw. Versicherungsgemeinschaft. Hierzu gehört die bedarfsbezogene Leistungserbringung von Rehabilitation nach *Zeitpunkt, Art* und *Umfang*.

Im Indikationsgebiet Gastroenterologie/Stoffwechsel stellen sich zusätzliche Fragen:

- Was sind die fachspezifischen Anteile an der Reha?
- Wie sind Rehabilitationseffekte messbar?
- Welche sind die richtigen Zeitpunkte für Effektmessungen?
- Wie wäre der Spontanverlauf bei diesen chronischen Krankheiten?
 - auf der nosologischen Ebene (*Körperstruktur und -funktion*)
 - auf der funktionalen Ebene (*Selbstmanagement, Teilhabe*)
- Welche verhaltensbedingten Anteile sind beeinflussbar?

Die Zieldefinition von Rehabilitation ist geleistet

durch die Behinderungsdefinition der WHO (ICIDH), durch deren Weiterentwicklung zur ICF, durch die gesetzlichen Verpflichtungen im SGB I, schließlich deren Konkretisierung im SGB IX als Vermittlung der selbstbestimmten Teilhabe. Chronische Krankheit wird im Kontext mit (bereits eingetretener oder drohender) Behinderung gesehen, herausgelöst aus einem nosologisch pathophysiologischen Verständnis, aus der Defizitanalyse individual-psychopathologischer Merkmale, aus der Defizitanalyse von beruflicher Leistung und sozialer Integration, gesehen als Gefahr für eine selbstbestimmte Teilhabe auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens. Dies geht über das „biopsychosoziale“ Krankheitsverständnis- bzw. Interaktionsmodell hinaus. Der Rehabilitationsauftrag ist damit umfassend geworden!

Leitlinien

Auf der nosologischen Ebene liegen weitestgehend Leitlinien vor

- für Krankheits-Definitionen und
- für die meisten Krankheitsbehandlungen

Deren Qualität, wissenschaftliche Basis und Aktualität ist zwar zum Teil in der Kritik, zu ihnen gibt es aber angesichts der Wissensexpansion und begrenzter Ressourcen keine Alternative, und sie dienen auch in der Rehabilitation als Grundlage.

Wie steht es um Leitlinien für die Rehabilitationsbehandlung?

Auch in der Rehabilitation ist leitliniengerechte Behandlung Standard. In den Leitlinien der GRVS (1999) wurden die diagnoseübergreifenden Aspekte verdeutlicht und Strukturqualität beschrieben, aber

- Rehabedarf wird nicht definiert.
- Es fehlt die Differenzierung unterschiedlicher Leistungspakete.
- Der somatische Bezug (ICD) dominiert gegenüber Funktionsaspekten (ICF).
- Evidenzgrad 4 (Expertenkonsens, Fallkontrollstudien) wird nicht überschritten.

Die medizinische Rehabilitation befindet sich dabei in guter Gesellschaft: Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. D. Rühlmann, musste auf dem Chirurgenkongress 1999 in München eingestehen, „dem wissenschaftlichen Fortschritt zum Trotz ist die Erfahrung des Chirur-

gen nach wie vor der Hauptfaktor bei der Entscheidung zur Operation“; und Prof. C. Ohmann ergänzte, bestenfalls 6 von 100 chirurgischen Studien seien randomisiert durchgeführt worden 9. – Diese Studienlage wird niemanden zu der Forderung veranlassen, alle derartigen Operationen einzustellen, und zu der Unterstellung, die praktizierte Chirurgie entbehre weitestgehend der wissenschaftlichen Basis.

Die wissenschaftliche Basis von Rehabilitation ist akzeptiert:

Auch bei weithin fehlenden kontrollierten Studien und Metaanalysen ist die wissenschaftliche Basis von medizinischer Rehabilitation anerkannt. Dies zeigt sich unter anderem durch die Gründung wissenschaftlicher Gesellschaften in der Rehabilitationsmedizin (GRVS, DGRW u.a.), in der Etablierung rehabilitationswissenschaftlicher Kolloquien auf nationaler und internationaler Ebene, in der Gründung rehabilitationswissenschaftlicher Universitätsabteilungen, durch die Arbeitsaufnahme rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbände, deren Start durch Fördermittel des Bundesministers für Forschung und Technologie und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger ermöglicht worden ist.

Noch mangelt es an „Fußvolk“ (Diplomanden, Doktoranden, Ärzten in der Reha-Forschung), an Stellen für den akademischen Mittelbau... und an Ergebnissen.

Definition von Reha-Bedürftigkeit

Von Ausnahmen abgesehen (AHB, Anregung durch die KV nach § 51 SGB V oder durch den RV-Träger bei abgelehntem Rentenantrag, Widerspruch oder Klageverfahren), ist der *Zeitpunkt* einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation durch den Versicherten antragsgesteuert, sind *Art* und *Ort* durch die führende ICD-Diagnose bestimmt, ist der *Umfang* durch den gesetzlichen Rahmen festgelegt - mit begrenzten Spielräumen für den Reha-Gutachter bzw. Leistungserbringer. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden somit nur begrenzt gemäß Reha-Bedürftigkeit gesteuert. Zwar gibt es auch für die Begutachtung der Reha-Bedürftigkeit Leitlinien¹⁰, aber wissenschaftliche Studien zur Ermittlung des Reha-Bedarfs befinden sich insgesamt noch in der Entwicklung, vor allem, wenn die zugrunde liegenden Erkrankungen Stoffwechsel und Verdauungsorgane betreffen.

Erste Untersuchungen – so auch eine eigene bei Darmerkrankten¹¹ - machen es wahrscheinlich, dass hierbei subjektive Parameter und soziale Unterstützung eine größere Rolle spielen als organbezogene Parameter der Krankheitsschwere. Dann ist es legitim, für die Abschätzung von Reha-Bedarf und letztlich auch Reha-Erfolg Assessments auf der subjektiven Ebene zu benutzen^{12 13}.

In unserer eigenen kontinuierlichen Patientenbefragung haben im Jahr 2001 (n= 1551) vor Rehabilitation 10,1% ihren Gesundheitszustand als „gut/sehr gut“, nach Reha 46,4 % beschrieben, entsprechend „befriedigend/ausreichend“ 51,7 vs. 45,5% und „mangelhaft/ungenügend“ vor Reha 38,2%, nachher 8,1%¹⁴. Dies erfüllt nicht die Anforderungen an eine reha-gerechte Differenzierung, wie sie das Instrument des RV-Qualitätssicherungsprogramms leistet¹² und ist eine Aussage gewiss zu einem zu frühen Zeitpunkt, aber das Ergebnis beschreibt nicht nur eine Stichprobe, sondern die kontinuierlich übers Jahr erbrachte Leistung.

Abgrenzung von Rehabilitation

Es besteht im Indikationsgebiet GE/Stoffwechsel eine große überlappende Schnittmenge der medizinischen Rehabilitation

- mit der primärärztlichen ambulanten Behandlung,

- *mit der – vor allem konservativen – Krankenhausbehandlung.*
Die *Abgrenzung* medizinischer Rehabilitation ist bisher unzureichend.

Leicht abzugrenzen ist Rehabilitation von stationärer wie ambulanter Krankenbehandlung bei Trainingsdefiziten auf der Körperfunktionsebene (Schwäche, Wunden, Stoma...), solange gleichzeitig die Fähigkeit zur Selbstversorgung eingeschränkt ist.

Eine Abgrenzung bleibt schwierig im Falle vorwiegend edukativer und psychotherapeutischer Reha-Ziele, da diese grundsätzlich auch ambulant zu erbringen wären und nach Krankheitsmanifestation auch Bestandteil der Primärbehandlung sein sollten. Praktisch lassen die zunehmend kurze Krankenhausverweildauer und die sektorale Krankenbehandlung in Deutschland aber eine angemessene Schulung mit Einführung ins Selbstmanagement chronischer Krankheiten wie Diabetes mellitus, chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder psychoonkologische Versorgung nicht zu. Der multimodale Therapieansatz ist hierzulande reha-spezifisch.

Überfordert ist medizinische Rehabilitation oft bei primär beruflichen bzw. sozialen Reha-Zielen. Die Arbeitsplatzanforderungen wie auch die häuslichen Bedingungen sind im einzelnen nicht bekannt, die arbeitsmedizinischen Kenntnisse unzureichend. Assessments für eine berufsspezifische Belastungserprobung wären für dieses Indikationsgebiet eine zu weit reichende Forderung. Möchte man diesen Aspekt der Rehabilitation ins ambulante arbeitsmedizinische Vorfeld verlagern, stößt man immer wieder auf den faszinierenden Begriff des „Case-Management“, weithin ein Schlagwort, aber noch kaum Realität¹⁵. –

Evidenzbasierte Rehabilitation - Wo sind die Grenzen?

Bei jedem der oben skizzierten Fortschritte fallen Ihnen wie mir Grenzen ein, Grenzen aus Ungeduld, Grenzen durch strukturelle Defizite, die mehr oder weniger überwindbar erscheinen, Grenzen grundsätzlicher Art, die einer guten und zeitnahen evidenzbasierten Rehabilitation in unserem Fachgebiet im Wege stehen.

Die folgende Tabelle listet Gründe auf, weshalb Effekte von medizinischer Rehabilitation bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels schwierig mit einem hohen Evidenzgrad, d.h. in randomisierten kontrollierten Studien zu sichern sind:

- Rehabilitationseffekte machen häufig nur mit einer langen zeitlichen Perspektive Sinn (beispielsweise bei Adipositas, Diabetes, CED). Je größer ein sinnvolles Kontrollintervall ist (> 1 Jahr), desto unsicherer sind Veränderungen allein einer kurzfristigen Intervention zuzuschreiben.
- Bei komplexen Therapieplänen (Therapeutisches Team, Umfeld, Gruppe) sind Therapieeffekte multifaktoriell bedingt. Die mehr oder weniger starke Wirksamkeit von Einzelmodulen im therapeutischen Setting ist nicht zu separieren.
- Medizinische Rehabilitation hat in der Regel präventive Anteile (Sekundär-, Tertiärprävention). Hierbei sind die nachweisbaren Effektstärken geringer.

- Bei psychologischen und edukativen Therapien, die in unserem Indikationsbereich einen hohen Anteil haben, besteht eine starke Personenabhängigkeit. Hierdurch ist die systematische Vergleichbarkeit eingeschränkt.
- Die Versicherten haben einen gesetzlich geregelten Anspruch auf die Leistung Rehabilitation. Dies erschwert die Möglichkeit kontrollierter Studien.
- Fallkohortenstudien können sich schlecht historischer Vergleiche bedienen, da gesellschaftliche Interventionen (Arbeitsmarkt, Gesetzgebung, Zuzahlung, Budget, Reha-Dauer) die Vergleichbarkeit einschränkt.
- Internationale Vergleiche sind bei unterschiedlichen Sozialsystemen eingeschränkt.

Gibt es bei diesem Bündel von Erschwernissen Auswege?

Wenn bisherigen Untersuchungen zum Reha-Bedarf auch bei gastroenterologischen und Stoffwechselerkrankungen ausweisen, dass dieser mehr auf der subjektiven und der sozialen Ebene gründet als auf biomedizinischen Messparametern, ist die Konsequenz folgerichtig, sich für den Reha-Bedarf wie für Effekt-Messungen auch der Assessments auf dieser Ebene zu bedienen.

Sozialmedizinische Auswirkungen zeigen sich auf der Symptom-, nicht auf der nosologischen Ebene: Reha-relevante Messinstrumente müssen weg von der ICD- Ebene zu einer funktions- (hilfsweise symptom-) orientierten Betrachtung, bei der nicht die „Schwere“ der Krankheit im Vordergrund steht, sondern die Aussicht für den Reha-Prozess, Funktions- und Teilhabestörungen günstig zu beeinflussen. Da hierfür fallbezogen ein sehr unterschiedlicher medizinischer, technischer wie personeller Aufwand erforderlich ist, wird die Einführung von Fallpauschalen auch in der Rehabilitation nicht mehr lange auf sich warten lassen. Diese müssen dann aber funktions- und prozessbezogen und nicht diagnosebezogen definiert und berechnet werden. Die ICF kann hierfür hilfreich sein.

Nach meiner Beobachtung ist mit zunehmender Aufgeschlossenheit gegenüber der Reha-Forschung die Bereitschaft der Rehaträger gewachsen, kontrollierte Forschungsansätze zu unterstützen. Entsprechende Anträge sind (z.B. in die Forschungsverbünde) einzubringen.

Ersatzweise müssen noch auf viele Jahre Fallkontroll- und Kohortenstudien und ein hierauf gründender Expertenkonsens die Evidenzbasis bilden.

Anhang

Als letztes möchte ich einen Appell loswerden für eine *Professionalisierung der Reha-Forschung*:

Meines Erachtens zu oft bedienen wir uns der Kette: Spontane Idee → Untersuchungen mit Bordmitteln → Auswertung nach Feierabend → veröffentlicht als Abstract.

Zu selten erfolgt Forschung auf der Basis thesengeleiteter Fragestellung mit ausreichender Planungs- und Pilotphase, externer Methodenberatung, mit forschungsge-

bundenen personellen Ressourcen in Kooperation mit professionellen Einrichtungen (z.B. Uni, wissenschaftliche Institute) und mit multizentrischer Durchführung.

Viel zu selten werden Ergebnisse in geprüften wissenschaftlichen Publikationsmedien publiziert. – Es muss nicht ein hoch angesehenes internationales Journal sein, aber die geleistete Forschung muss wahrgenommen werden können (Fact > Impact!).

Nur publizierte Forschung gilt als geleistet!

Zusammenfassung

- Medizinische Rehabilitation zielt auf Vermittlung einer selbstbestimmten Teilhabe: Ein umfassender Reha-Auftrag ist definiert.
- Leitlinien sollen die Grundlage auch des Reha-Prozesses bilden.
- Die wissenschaftliche Fundierung medizinischer Rehabilitation ist anerkannt.
- Die Abgrenzung von Reha- und Krankenbehandlung bleibt im Indikationsgebiet schwierig.
- In Sozialmedizin und medizinischer Rehabilitation müssen chronische Krankheiten statt nosologisch-pathophysiologisch (kausal) zunehmend funktionsbezogen (final) beschrieben und behandelt werden.
- Spezielle Leistungspakete für die Rehabilitation lassen sich am ehesten über Assessments für die Reha-Bedürftigkeit definieren. Fallpauschalen werden diese Entwicklung beschleunigen.
- Assessments für die Reha-Bedürftigkeit sollten auch Zeitpunkt, Art und Umfang der Reha beeinflussen, Effekt-Messungen erleichtern, eine funktionsbezogene gegenüber der nosologischen Betrachtung begünstigen.
- Die praktische GE / Stoffwechsel-Reha wird noch lange mit Lücken hoher Evidenz leben müssen. Sie muss diese schrittweise zu schließen trachten, sich aber dessen nicht schämen.
- Die Wege von der Feierabend- zur professionellen Forschung und zu Kooperationen sind zu suchen.

¹ VDR / Reha-Kommission (Hrsg.): Rehabilitationskonzepte, Arbeitsbereich 3 „Krankheiten der Verdauungsorgane / Stoffwechselkrankheiten“. In: Abschlußberichte - Band III Teilband 2, S. 355 - 474, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Frankfurt, 1991

² Tittor W. et al.: Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Dtsch. Ärztebl. 89 (1992), B 1980

³ Zilly W.: Neue Rehabilitationskonzepte bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Z. Gastroenterol. (Suppl. 1) 32 (1994), 13-15

⁴ Schaub E., Schliehe F.: Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 2/1994, 101-110

⁵ Vogel H., Tuschhoff T., Zillessen E.: Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Dtsch. Rentenversicherung 11/1994, 751-764

⁶ King J.C., Titus M.N.D.: Prescriptions, Referrals, and the Rehabilitation Team. In: Delisa, J.A., Gans B.M. (eds.): Rehabilitation Medicine, Principles and Practice. 2nd edition, J.B. Lippincott Co, Philadelphia, 1993, pp. 227-239

⁷ Rosemeyer D.: Entwicklung und Struktur des Basisdokumentationssystems MEGAREDO. Z. Gastroenterol. (Suppl. 2) 38 (2000), 7-11

⁸ Zillessen E.: Leitlinien in der Rehabilitation von Patienten mit gastroenterologischen Erkrankungen. Z. Gastroenterol. (Suppl. 2) 38 (2000), 130-132

⁹ Schwing C.: „Intellektuelle Schweinereien“ – Evidence-based Medizin kontra ärztliche Therapiefreiheit? KlinikManagement-Aktuell 39 (Sept. 1999), 40-43

- ¹⁰ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Berlin 1999
- ¹¹ Pollmann H., Wild-Mittmann B., Zillessen E., Kruck P., Rosemeyer D., Muthny F.A.: Belastungen am Arbeitsplatz und Rehabilitationsbedarf am Beispiel von Darmkrankheiten. Vortrag auf dem 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, München, 4.-6. März 2002, Abstract in DRV-Schriften, Band 33, VDR, Frankfurt, S. 505-507
- ¹² Gerdes N., Jäckel W.: „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und –erfolg. Die Rehabilitation 31 (1992), 73-93
- ¹³ Raspe H., Voigt S., Herlyn K., Feldmeier U., Meier-Rebentisch K.: Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? Gesundheitswesen 58 (1996), 372-378
- ¹⁴ Pollmann, H. Steiner, E. Hübner, P., Hillmer, J., Borrmann, H., Zillessen, E.: Patientenbefragung in der Rehabilitationsklinik als Instrument der internen Qualitätssicherung – Erfahrungen und Auswirkungen. 7. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium März 1997 in Hamburg, DRV-Schriften Band 11, VDR, Frankfurt, 1998, 92-93
- ¹⁵ Wendt W.R.: Die Handhabung der sozialen Unterstützung. Eine Einführung in das Case Management. In: Wendt W.R. (Hrsg.): Unterstützung fallweise - Case Management in der Sozialarbeit, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1991, S. 11-55