

Qualitätsprofil einer Rehabilitationsfachklinik für Naturheilverfahren – Teil 2: Patienten- und Ergebnisprofil

Wolfgang Weidenhammer^a Anne Wessel^b Dieter Melchart^{a, c}

^aZentrum für naturheilkundliche Forschung, II. Med. Klinik und Poliklinik, TU München, Deutschland

^bDr. Köhler-Parkkliniken*, Bad Elster, Deutschland

^cAbteilung Naturheilkunde, Department für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich, Schweiz

Schlüsselwörter

Qualitätsprofil · Outcomes · Ergebnisqualität · Lebensqualität · Rehabilitation · Naturheilverfahren

Zusammenfassung

Zielsetzung: Darstellung eines Programms zur Evaluation der stationären Patientenversorgung (PEP) mit Naturheilverfahren am Beispiel einer Rehabilitationsfachklinik für Naturheilverfahren mit Schwerpunkt auf Beschreibung der behandelten Patienten und der Ergebnisqualität. **Methoden:** Prospektive Kohortenstudie aller stationär aufgenommenen Patienten über 2 Jahre; Arztfragebogen zur Erhebung medizinischer Basisdaten sowie Patientenfragebögen bei Aufnahme, Entlassung und 3 Nachbefragungen (2, 6 und 12 Monate nach Entlassung) zur Erfassung der Beschwerdeintensität, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36), des Gesundheitsverhaltens, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, der Arbeitsunfähigkeitstage sowie der Patientenzufriedenheit. Bei Beginn der Intervention: Erhebung soziodemografischer Merkmale und medizinischer Basisdaten, Erfahrungen mit Naturheilverfahren und Behandlungserwartungen. **Ergebnisse:** 5278 Patienten (83% weiblich, Alter 54,7 ± 11,6 Jahre) mit Diagnosen hauptsächlich aus den Bereichen «Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom» (36,8%), «Chronische Rückenerkrankungen» (19,5%) und «Chronische Kopfschmerzen» (11,9%) und medianer Beschwerdedauer von 6 Jahren gingen in die Analysen ein (Rücklauf nach 6 Monaten 80,6%, nach 12 Monaten 73,6%). Die Stärke der Hauptbeschwerde reduzierte sich von anfangs 59 ± 25 um durchschnittlich 25 Punkte bei Entlassung (nach 6 Monaten um 19 Punkte), was einer Effektstärke von 0,86 (0,62 nach 6 Monaten) entspricht. 6 Monate nach Entlassung wies knapp die Hälfte der Patienten einen klinisch relevanten Anstieg der Lebensqualität auf (Summenscores des SF-36 um ≥5 Punkte erhöht). Die Einnahme von Medikamenten ging zurück, nach dem Klinikaufenthalt waren weniger Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen. Die Zufriedenheit der Patienten war durchschnittlich «gut», bezogen auf die Verpflegung in der Klinik war die Zufriedenheit geringer. Eine Subgruppenanalyse bezüglich der Hauptdiagnose der Patienten zeigte unterschiedliche Akzentuierungen im Ergebnisprofil. **Schlussfolgerungen:** Das Patientenprofil belegt den Bedarf an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und ist der naturheilkundlichen stationären Versorgung vergleichbar. Das Ergebnisprofil belegt an einer repräsentativen Patientenstichprobe, dass die Mehrzahl der Patienten hinsichtlich unterschiedlicher Outcome-Dimensionen von der Maßnahme profitierte und dass dieser Nutzen noch 6–12 Monate nach Entlassung anhält.

Key Words

Quality profiling · Outcome profile · Quality of life · Rehabilitation · Naturopathy · Complementary medicine

Summary

Quality Profile of a CAM Rehabilitation Clinic – Part 2: Patients and Outcome Profile

Objective: To present a patient care evaluation program exemplified by a rehabilitation clinic for complementary and alternative medicine (CAM) with emphasis on the description of patients and the outcome quality of the facility. **Methods:** Prospective cohort study on all patients admitted to the hospital over a period of 2 years; physician's questionnaire to assess basic medical data, and patients' questionnaires at admission and at discharge from hospital completed by 3 follow-up queries (at 2, 6, and 12 months after discharge) to assess severity of complaints, health related quality of life, health behavior, demand of medical services, days off work, and patient satisfaction. At the beginning of the intervention, sociodemographic status, basic medical data, experience with CAM and expectations with regard to treatment success were documented. **Results:** 5,278 patients (83% female, age 54.7 ± 11.6 years) with diagnoses mainly out of the domains 'Chronic fatigue' (36.8%), 'Chronic back pain' (19.5%) and 'Chronic headache' (11.9%) were included into the analysis (follow-up return rate 80.6% after 6 months, 73.6% after 12 months). Complaints had persisted for 6 years (median). The intensity of the main complaint decreased from 59 ± 25 by an average of 25 points at discharge (19 points at 6-month follow-up) corresponding to an effect size of 0.86 (0.62 at 6-month follow-up). At 6-month follow-up about half of the patients showed a clinically relevant improvement of quality of life (SF-36 sum scores increased by ≥5 points). Intake of drugs was reduced, the number of days off work had decreased after rehabilitation. Patients' satisfaction was 'good' on average, with respect to food satisfaction it was lower. A subgroup analysis regarding the principal diagnosis revealed different emphases in outcome profiles. **Conclusions:** The patients profile underlines the need of inpatient rehabilitative treatment resembling other patients in CAM care. The outcome profile proved by a representative sample that the majority of patients benefited from rehabilitation with respect to various outcome dimensions at that this benefit still persisted after 6–12 months.

*Nach Wechsel der Trägerschaft und der ärztlichen Leitung der Dr. Köhler-Parkkliniken besteht die Klinik seit 2004 unter der Bezeichnung «Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren».

Einführung

Der vorliegende Beitrag schließt die Darstellung der Qualitätsprofile der Fachklinik für Naturheilverfahren Dr. Köhler-Parkkliniken in Bad Elster ab. Im vorangegangenen Teil wurden Struktur-, Qualitätssicherungs- und Interventionsprofil [1] dargelegt. Die Erfassung von Struktur- und Prozessqualität ist für die Bewertung der Qualität eines Versorgungsangebotes unerlässlich, erhält aber erst durch die Berücksichtigung der Ergebnisqualität mit Beschreibung der zur Behandlung kommenden Patienten einen umfassenden Anspruch. Im Fokus der Betrachtung steht dabei, welche Ergebnisse nach den therapeutischen Bemühungen einer Einrichtung erzielt werden. Das Ergebnis der Behandlung ist letztlich das, was für den einzelnen Patienten, den Leistungsanbieter selbst wie auch für den Kostenträger zählt [2]. Das Patientenprofil umfasst neben demografischen und soziografischen Merkmalen der Patienten als wesentlichen Bestandteil die Verteilung der Diagnosen. Dabei sind die Diagnosen, die primärer Anlass der Behandlung sind (Hauptdiagnosen), von denen, die darüber hinaus vorliegen (Nebendiagnosen), zu unterscheiden. Hinzu kommen weitere Merkmale, die Hinweise auf den Schweregrad der Erkrankung enthalten oder über die bisherige Behandlung Auskunft geben. Daten, die sich auf Einstellungen und Erwartungen bezüglich der anstehenden Rehabilitationsmaßnahme beziehen, sind ebenfalls als wertvolle Bestandteile des Patientenprofils zu sehen. Dies umso mehr, als sich Zusammenhänge solcher Merkmale mit dem Behandlungsergebnis aufzeigen ließen [3, 4].

Zielsetzung dieser Arbeit ist es, sowohl die Patienten in Form eines Patientenprofils als auch das Behandlungsergebnis der Dr. Köhler-Parkkliniken als strukturiertes Ergebnisprofil darzustellen und die dabei eingesetzte Methodik nachvollziehbar zu beschreiben. Beides soll zur Transparenz des Behandlungsangebotes beitragen und damit eine Voraussetzung seiner Qualitätsbewertung schaffen.

Methoden

Komponenten des Patientenprofils

Unter Berücksichtigung der aus dem naturheilkundlichen Ansatz begründeten Behandlungsziele bei vorwiegend chronisch erkrankten Patienten der Rehabilitation wurden folgende Merkmale definiert, die als wesentliche Bestandteile eines Patientenprofils gelten [5]:

- Biografische und soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Erwerbsstatus, Nationalität)
- Allgemeine medizinische Daten (Diagnosen, Schweregrad, Chronifizierung, Beschwerdeintensität, Lebensqualität, bisherige medizinische Inanspruchnahme, Medikamentenstatus)
- Spezielle medizinische Daten (nur bei erkrankungsspezifischem Ansatz)
- Weitere Patientenmerkmale (Erfahrungen mit naturheilkundlicher Behandlung, Einstellungen zu Gesundheit und Krankheitsentstehung, Behandlungserwartungen, -motivation)

Komponenten des Ergebnisprofils

Unter Berücksichtigung der aus dem naturheilkundlichen Ansatz begründeten Behandlungsziele bei vorwiegend chronisch erkrankten Patienten der Rehabilitation wurden folgende Bereiche definiert, die Indikatoren einer diagnoseunspezifischen Ergebnisqualität verkörpern [5]:

- Vom Patienten subjektiv empfundener Nutzen der Intervention im Sinne einer Linderung der Beschwerden, einer Steigerung der Lebensqualität und einer positiven Allgemeinbeurteilung (ergänzt durch die Einschätzung des behandelnden Arztes)
- Förderung der allgemeinen Gesundheit durch Änderung des Lebensstils und positiver Wirkung auf Risiko- und Schutzfaktoren
- Veränderte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Förderung der Arbeitsfähigkeit
- Sicherheit und Verträglichkeit der Intervention
- Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Aspekten des Klinikaufenthalts

Neben dem Behandlungsergebnis unmittelbar bei Abschluss der Intervention ist als wesentliche Ergänzung die mittel- und möglichst langfristige Betrachtung des Resultats zu betrachten (≥6 Monate).

Datenerhebung

Die Datengewinnung war im Sinn einer prospektiven Beobachtungsstudie mit 5 Untersuchungszeitpunkten konzipiert:

- Klinikaufnahme: Arztfragebogen 1, Patientenfragebogen 1
- Entlassung: Arztfragebogen 2, Patientenfragebogen 2
- 2 Monate nach Entlassung: Patientennachbefragung
- 6 Monate nach Entlassung: Patientennachbefragung
- 12 Monate nach Entlassung: Patientennachbefragung

Die Fragebögen wurden eigens entwickelt und orientierten sich an vielfach eingesetzten Vorläuferversionen. Die Arztfragebögen umfassten im Wesentlichen die Dokumentation der Haupt- und Nebendiagnosen, der erwarteten sowie der bei Klinikentlassung festgestellten Beschwerdebesse- rung und der während der Behandlung aufgetretenen unerwünschten Therapiewirkungen. Die Patientenfragebögen beinhalteten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität den Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 [6].

Von 01.02.1998 bis 31.01.2000 wurden alle in die Dr. Köhler-Parkkliniken, Bad Elster, aufgenommenen Patienten nach umfassender Aufklärung und schriftlicher Einwilligung in die Studie einbezogen. Die Nachbefragungs- bögen wurden den Patienten per Post zugestellt mit der Bitte, die bearbeiteten Fragen per Freiumschlag an die Klinik zurückzusenden. Die Datenerhebung war im April 2001 abgeschlossen. Insgesamt wurden 6070 Patienten dokumentiert, was bei einer Laufzeit von 24 Monaten einer durchschnittlichen Zahl von 253 Patienten pro Monat entspricht.

Operationalisierung der Qualitätsindikatoren

Die im Ergebnisprofil aufgeführten und in Form von Arzt- und Patientenfragebögen erfassten Merkmale wurden wie folgt operationalisiert:

Beschwerderückgang: Messung der Hauptbeschwerdestärke durch den Patienten mittels einer 100 mm langen visuellen Analogskala (VAS; 0 = keine Beschwerden bis 100 = unerträglich stark); Differenzwerte zum Wert «vor Intervention» (Aufnahmewert); relative Anteile von Patienten mit mindestens 50%iger Reduktion des Aufnahmewertes.

Lebensqualitätsverbesserung: Alters- und geschlechtskorrigierte Standardwerte für die 8 Subdimensionen des SF-36 [7]; Berechnung der Scores für die Summenskalen «Körperliche Gesundheit» (PCS) und «Psychische Gesundheit» (MCS) entsprechend dem Manual; Differenzwerte nach Entlassung im Vergleich zum Aufnahmewert; relative Anteile von Patienten mit Besserung um ≥5 Skaleneinheiten gegenüber dem Aufnahmewert.

Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens: Einschätzung der Veränderung des Medikamentenverbrauchs in Bezug auf die Hauptbeschwerde nach Intervention im Vergleich zur Situation bei Klinikaufnahme mittels vorgegebener Kategorien («deutlich weniger», «etwas weniger», «etwa gleich», «etwas mehr», «deutlich mehr»); Differenzierung nach «schulmedizinischen» und «pflanzlichen» Medikamenten.

Tab. 1. Soziodemografische Merkmale der Patienten, getrennt nach Geschlecht

	Männer (n = 912, 17,3%)	Frauen (n = 4366, 82,7%)	Gesamt (N = 5278)
<i>Alter, %</i>			
≤30 Jahre	2,3	2,9	2,8
31–40 Jahre	6,6	10,8	10,0
41–50 Jahre	17,2	21,5	20,7
51–60 Jahre	32,6	33,4	33,2
61–70 Jahre	31,7	23,9	25,2
>70 Jahre	9,6	7,6	8,0
M (SD)	56,9 (11,2)	54,2 (11,6)	54,7 (11,6)
Range	19–83	18–89	18–89
<i>Schulbildung, %</i>			
Volks-/Hauptschule	33,6	38,3	37,5
Realschule	33,0	40,2	38,9
Fachhochschule/Abitur	28,3	17,4	19,3
Kein/anderer Abschluss	5,1	4,1	4,3
<i>Rente, %</i>			
Keine Rente	58,7	64,7	63,6
Rentenantrag	3,4	2,4	2,6
Erwerbs-/Berufsunfähigkeit	7,6	7,0	7,1
Altersrente	30,2	26,0	26,7

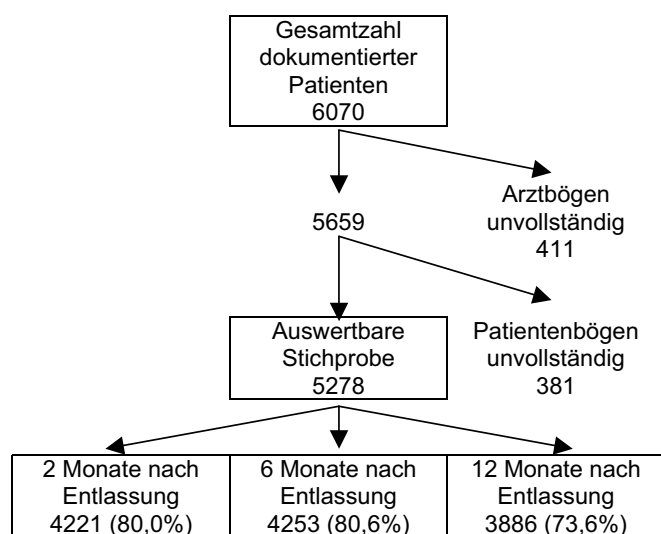


Abb. 1. Zahlengerüst vorhandener und auswertbarer Patientendaten der Reha-Fachklinik Bad Elster.

Risikofaktorenabbau und Schutzfaktorenoptimierung: Umsetzung von Strategien zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens im Alltag: Einschätzung der Patienten, wie häufig sie im Alltag in den Bereichen Kneipp'sche Anwendungen, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress, Belastung, Umgang mit der Krankheit und allgemeine Lebensführung Ratschläge und Selbsthilfetechniken einsetzen.

Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes im Vergleich zu vor 1 Jahr (Item 2 aus dem SF-36) mit 5 Antwortmöglichkeiten: «viel besser», «etwas besser», «etwa gleich», «etwas schlechter», «viel schlechter»; Befragungszeitpunkt 6 Monate nach stationärem Aufenthalt.

Globale Erfolgseinschätzung der Intervention: Einschätzung des Gesamterfolgs der Therapie («sehr gut», «gut», «mäßig» und «kein Erfolg») durch den *Patienten*; Beurteilung der Veränderung hinsichtlich der Hauptbeschwerde durch den *Arzt* bei Klinikentlassung mittels vorgegebener

Antwortkategorien; intraindividuellem Vergleich dieser Beurteilung mit der bei Aufnahme erwarteten Veränderung.

Beurteilung von Sicherheit und Verträglichkeit: Ärztliche Angabe bei Entlassung, ob während des stationären Aufenthaltes unerwünschte Therapiewirkungen aufgetreten sind, die Gegenmaßnahmen notwendig machten (einschließlich Absetzen der Therapie oder Dosisreduktion).

Patientenzufriedenheit: Beurteilung der Zufriedenheit mit 23 Einzelaspekten (zusätzlich eine Globalbeurteilung) des Klinikaufenthaltes bei Entlassung des Patienten; Skalierung mittels Schulnoten von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend; relativer Anteil von Patienten, die mindestens 3-mal eine negative Beurteilung (5 oder 6) abgegeben haben; Anteil von Patienten, die die Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen würden.

Statistik

Die Auswertung der Daten geschah rein deskriptiv durch Berechnung statistischer Kenngrößen wie arithmetischer Mittelwert (M), Median (Md) und Standardabweichung (SD) oder absoluter und relativer Häufigkeiten für kategoriale Variablen. Die Darstellung von Veränderungsmaßen (mittlere Differenzen zwischen Vor- und Nach-Werten) wurde durch Berechnung von Effektgrößen («Standardized Response Mean» SRM = M_{Diff} / SD_{Diff}) standardisiert.

Ergebnisse

Von den 6070 dokumentierten Patienten konnten 5278 in die Auswertung aufgenommen werden (Abb. 1). Die Quoten vorliegender Nachbefragungsbögen (Follow-up: FU) lagen bei 80,0% (2-Monats-FU), 80,6% (6-Monats-FU) und 73,6% (12-Monats-FU).

Patientenprofil

Während des Erhebungszeitraums betrug der Anteil weiblicher Patienten 83%. Das Alter streute breit von 18–89 Jahren mit $M = 54,7 \pm 11,6$ (Tab. 1). Der Anteil von Patienten

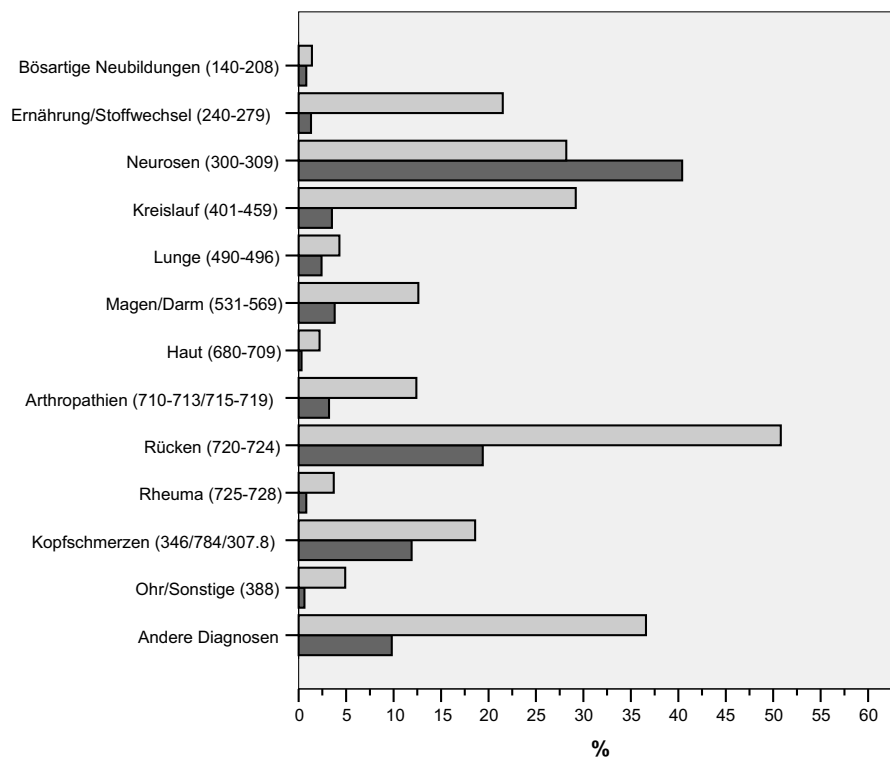


Abb. 2. Relative Häufigkeit verschiedener Diagnosegruppen (ICD-9-Codes) als Hauptdiagnose (dunkle Balken) und Nebendiagnose (helle Balken; hier Mehrfachangaben möglich).

aus den Neuen Bundesländern betrug nur 11%. Die Alten Bundesländer waren etwa entsprechend ihrer Bevölkerungszahlen repräsentiert. Weitere Ergebnisse zu Bildung und Erwerbsstatus der Patienten sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Die nach ICD-9 kodierten Diagnosen wurden in übergeordneten Diagnosegruppen zusammengefasst. Die führende Diagnosegruppe für die Hauptdiagnose waren «Neurosen» (ICD-9 300–309) mit Ausnahme 307.8: Spannungskopfschmerz. Diese Gruppe vereinigte 40,5% aller Patienten auf sich, vorwiegend mit «Psychovegetativem Erschöpfungssyndrom» (im Folgenden: PVE; 36,8% aller Patienten). Mit einem Anteil von 19,5% aller Patienten stellten Erkrankungen des Rückens (ICD-9 720–724) die zweithäufigste Diagnosegruppe dar. Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz oder nicht näher spezifiziert) waren mit einer Häufigkeit von 11,9% der Patienten als Hauptdiagnose vertreten. Weitere Diagnosegruppen lagen mit ihrem relativen Anteil von Patienten unter 5% (Abb. 2). Neben der Hauptdiagnose waren im Durchschnitt pro Patient 2,5 weitere Diagnosen dokumentiert. Nur bei 5% der Patienten lag keine Nebendiagnose vor. Das Spektrum der Nebendiagnosen war breit gestreut (Abb. 2).

Bei 21% der Patienten war zuvor keine Behandlung ihrer Hauptbeschwerden erfolgt. 48% gaben an, dass sie bereits schulmedizinisch behandelt wurden und 27%, dass sie zusätzlich auch naturheilkundliche Behandlung erfuhren. Ausschließlich naturheilkundliche Vorbehandlungen nannten nur 4% der Patienten. Ein Drittel der Patienten nahm zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme keine Medikamente zur Behandlung der Hauptbeschwerden ein. 28% gaben an, dazu nur

«schulmedizinische» Medikamente, 9% nur «pflanzliche/homöopathische» Medikamente einzunehmen (Kombination in 30% der Patienten).

Die Zeit seit dem ersten Auftreten der Beschwerden betrug im Median 6 Jahre und unterschied sich deutlich zwischen ausgewählten Diagnosegruppen (Tab. 2).

Die Patienten waren bei Behandlungsbeginn in hohem Maß vom Erfolg der Reha-Maßnahme überzeugt: 46% waren sicher, dass ihnen geholfen würde, weitere 45% hielten es für möglich (Tab. 2). 11% waren der Meinung, die weitere Entwicklung ihrer Beschwerden sehr stark selbst beeinflussen zu können. Als «ziemlich stark» bezeichneten 34% ihren Einfluss. PVE-Patienten schätzten ihre Einflussmöglichkeiten höher ein, während Patienten mit Kopfschmerzen oder Rückenerkrankungen sich weniger eigenen Einfluss auf die Beschwerden zusprachen.

Hinsichtlich der Erwartungen und Hoffnungen standen bei allen Patienten eine Besserung der Beschwerden und der Befindlichkeit, eine Gesundheitsstabilisierung und Informationen bzw. Anregungen für eine «gesündere» Lebensführung im Vordergrund (Tab. 2). Für PVE-Patienten war es vergleichsweise wichtig, mehr Ruhe und Zeit für sich, Problemlösungen und Verständnis zu finden. Mehr über die Krankheitsursachen zu erfahren und weniger Medikamente einnehmen zu müssen, hatte dagegen für Kopfschmerzpatienten einen vergleichsweise höheren Stellenwert.

Im SF-36 befanden sich die mittleren Werte der Patienten in 6 der 8 Skalen unter dem Durchschnittsbereich (<40). Der Vergleich der Lebensqualitätsprofile von Patienten aus 3 ver-

Tab. 2. Dauer und Intensität der Hauptbeschwerde, Erwartungen und Einstellungen bei Klinikaufnahme (ausgewählte Diagnosegruppen)

	Diagnosegruppe			Gesamt N = 5278
	PVE n = 2133	Rückenkrankheiten n = 1025	Kopfschmerzen n = 629	
Beschwerdedauer, Jahre, Md	4,8	9,0	17,6	6,0
<i>Erfolgszuversicht, %</i>				
Ja, sicher	49,7	43,7	43,3	45,8
Ja, vielleicht	42,0	47,1	48,3	45,3
Weiß nicht	5,9	6,7	4,8	6,1
Skeptisch, nein	2,4	2,5	3,6	2,8
<i>Eigene Einflussmöglichkeit auf die Beschwerden, %</i>				
Sehr stark	13,6	9,7	10,3	11,3
Ziemlich stark	36,9	31,5	31,8	33,8
Etwas	44,4	54,4	48,1	48,3
Keine	5,2	4,4	9,8	6,6
<i>Mit dem Klinikaufenthalt verknüpfte Erwartungen, % (in abnehmender Häufigkeit)</i>				
Beschwerdebesserung	70,0	83,2	82,8	76,2
Gesundheitsstabilisierung	75,8	65,5	65,2	70,8
Information/Anregung für gesündere Lebensführung	68,8	69,5	75,2	70,0
Verbesserung der Befindlichkeit	73,7	64,1	69,3	69,4
Mehr Ruhe und Zeit für mich	67,1	46,4	58,2	56,2
Mehr über die Krankheitsursachen erfahren	38,7	41,5	52,6	43,1
Weniger Medikamente	21,3	28,0	56,6	30,9
Problemlösungen	24,2	13,1	16,7	19,0
Heilung	15,7	14,9	19,1	16,4
Zuneigung und Verständnis	18,8	10,8	10,7	14,7
Berufliche Rehabilitation	7,2	5,3	6,5	6,1

schiedenen Diagnosegruppen ließ deutliche Unterschiede erkennen (Abb. 3). Während PVE-Patienten durch markante Einschränkungen der psychischen Dimensionen auffielen, lagen diese Werte bei Kopfschmerzpatienten noch am Rand des Durchschnittsbereichs. Jedoch war hier, ebenso wie bei den Patienten mit Rückenerkrankungen, der Faktor der körperlichen Schmerzen dominant. Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit sowie der Vitalität waren bei den Patienten mit Kopfschmerzen deutlich ausgeprägt und nahmen diesbezüglich eine Mittelstellung der drei verglichenen Subgruppen ein.

Ergebnisprofil

Die Ergebnisdarstellung konzentriert sich auf die bei Klinikaufnahme sowie 6 Monate danach ableitbaren Behandlungsergebnisse. Zusätzlich sind die Ausgangswerte bei Reha-Beginn ausgewiesen. Bei der Differenzierung nach der Hauptdiagnose wurden die 3 wesentlichen Diagnose-Teilgruppen «Neurosen/PVE», «Rückenerkrankungen» und «Kopfschmerzen» berücksichtigt.

Beschwerderückgang: Die subjektiv empfundene Stärke der im Vordergrund der Behandlung stehenden Beschwerde reduzierte sich von durchschnittlich 59 Punkten bei Aufnahme um durchschnittlich 25 Punkte bei Entlassung aus der Klinik. Im Verlauf der Nachbefragungen zeigte sich ein leichter An-

stieg auf etwa 40 Punkte. Die Beschränkung auf die Teilgruppe von Patienten mit kompletten Datensätzen über alle 5 Zeitpunkte führt zu einer Verlaufskurve, die sich nur unwesentlich von der unterscheidet, wenn zu jedem Zeitpunkt im Sinn der Querschnittsanalyse alle jeweils verfügbaren Patienten in die Berechnung eingehen (Abb. 4). Bei Ersetzung der im FU fehlenden Daten durch den bei Klinikaufnahme ermittelten Wert ergab sich ein deutlich ungünstigerer Verlauf, der jedoch im Vergleich zum Ausgangswert immer noch auf eine deutliche Verbesserung hinwies.

Für die Gesamtgruppe der Patienten ließen sich für den *Beschwerderückgang* Effektgrößen von 0,86 (Entlassung) und 0,62 (6 Monate danach) bestimmen. Dabei wiesen bei Entlassung 47% (nach 6 Monaten noch 40%) der Patienten eine Minderung der Beschwerdestärke um mindestens 50% des Ausgangswertes auf. Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und mit PVE zeigten einen deutlicheren Beschwerderückgang als Patienten mit chronischen Rückenerkrankungen (Tab. 3).

Verbesserung der Lebensqualität: 6 Monate nach dem Rehaufenthalt ließ sich im SF-36 für die körperliche Komponente ein mittlerer Anstieg um 4,4 und für die psychische Komponente um 5,2 Punkte beobachten. Knapp die Hälfte der Patienten erzielte dabei Anstiege um ≥ 5 Skalenpunkte, die Effektgrößen lagen bei 0,50 bzw. 0,44 (Tab. 3). Während Kopf-

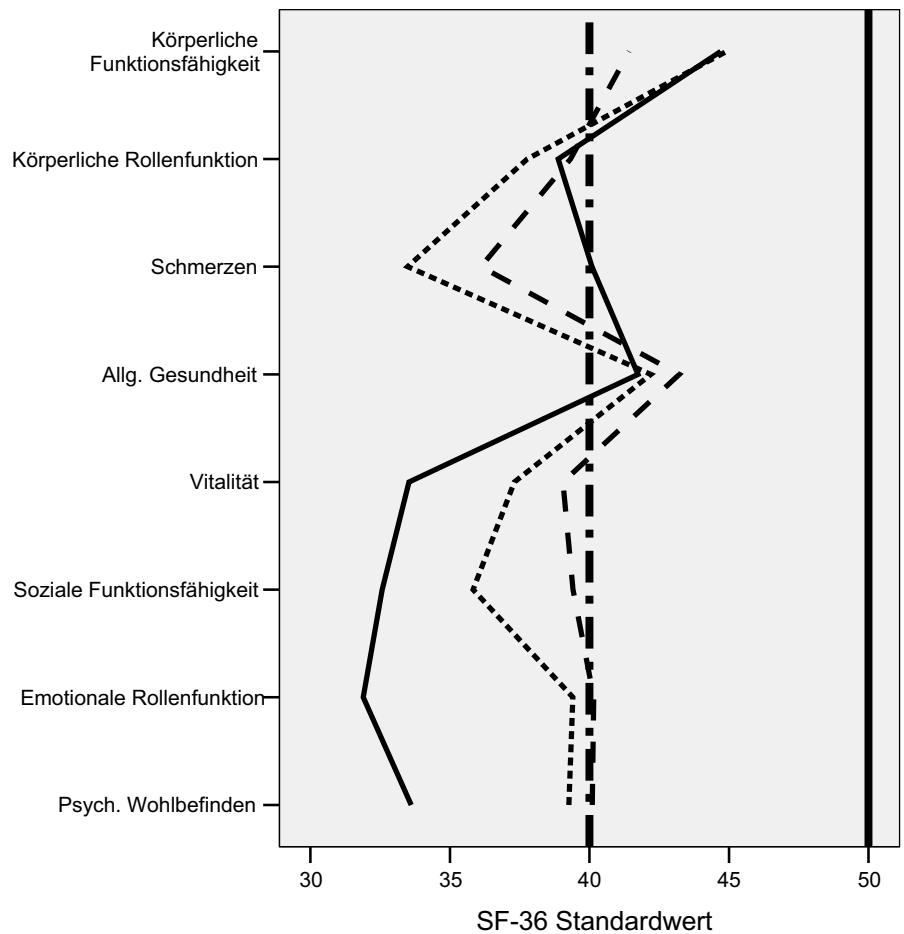


Abb. 3. Durchschnittsprofile der 8 Dimensionen des SF-36 (alters- und geschlechtskorrigierte Standardwerte) für «PVE» (durchgezogene Linie; n = 2133), «Rückenerkrankungen» (gestrichelte Linie; n = 1025), «Kopfschmerzen» (gepunktete Linie; n = 629) bei Reha-Beginn.

schmerzpatienten am deutlichsten hinsichtlich der Einschätzung der körperlichen Gesundheit profitierten, verbesserte sich die psychische Komponente am meisten bei den PVE-Patienten. Dabei ist das unterschiedliche Niveau der Ausgangswerte zu berücksichtigen. Kombiniert man beide Komponenten der Lebensqualität, so verbesserten sich 73% aller Patienten bei mindestens einem der beiden Scores relevant. Dabei variierten die Zahlen in den Diagnosegruppen nur zwischen 70% (Rückenerkrankungen) und 77% (PVE).

Verminderung von Medikamenteneinnahme und Arbeitsunfähigkeit: 6 Monate nach Entlassung gab jeweils etwa ein Drittel der Patienten an, weder aktuell noch während des Zeitraums unmittelbar vor Aufnahme in die Klinik «schulmedizinische» oder «pflanzliche/homöopathische» Medikamente einzunehmen bzw. eingenommen zu haben. Von den verbleibenden Patienten stellte etwa jeder zweite einen reduzierten Verbrauch schulmedizinischer Medikamente im Vergleich zur Zeit vor Klinikaufnahme fest (Tab. 3). Die Einnahme pflanzlicher Medikamente stieg bei 20%, sie fiel bei 39% und bei 41% blieb sie unverändert. Die Abnahme des Verbrauchs schulmedizinischer Medikamente fiel besonders bei den Kopfschmerzpatienten ins Gewicht (66% der Patienten), wo auch die höchste Rate der Zunahme pflanzlicher Medikamente zu verzeichnen war (28%).

Bezogen auf die Teilgruppe von erwerbstätigen Patienten mit 1-Jahres-FU (n = 1751) gaben 58% Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Tage im Jahr vor Aufnahme und 31% im Jahr nach Entlassung an. Die durchschnittliche Zahl angegebener AU-Tage reduzierte sich von vormals 16,5 auf 11,9 nach Intervention (Patienten ohne AU-Tage mit dem Wert «0» eingeschlossen).

Schutzfaktorenoptimierung: Am häufigsten berücksichtigten die Patienten 6 Monate nach Entlassung Ratschläge und Hilfen zu Ernährung (76% «häufig» oder «ständig»), Bewegung (70%) und der allgemeinen Lebensführung (69%) im Alltag. Etwas geringer waren die Anteile der Patienten mit den Antworten «ständig» oder «häufig» in Bezug auf Reduktion des Konsums von Alkohol oder Nikotin (59%), den Umgang mit der Erkrankung (57%) und den Umgang mit Stress (50%). Kneipp-Anwendungen wurden im Alltag der Patienten am wenigsten umgesetzt.

Die Mehrzahl der Patienten (59%) zog bezüglich der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes beim 6-Monats-FU eine positive Bilanz im Vergleich zum Zustand 1 Jahr zuvor, d.h. bezogen auf die Zeit ein halbes Jahr vor Aufnahme in die Klinik (Tab. 3). Patienten mit PVE und Kopfschmerzpatienten beurteilten die Veränderung ihres Gesundheitszustandes etwas positiver als Patienten mit Rückenerkrankungen.

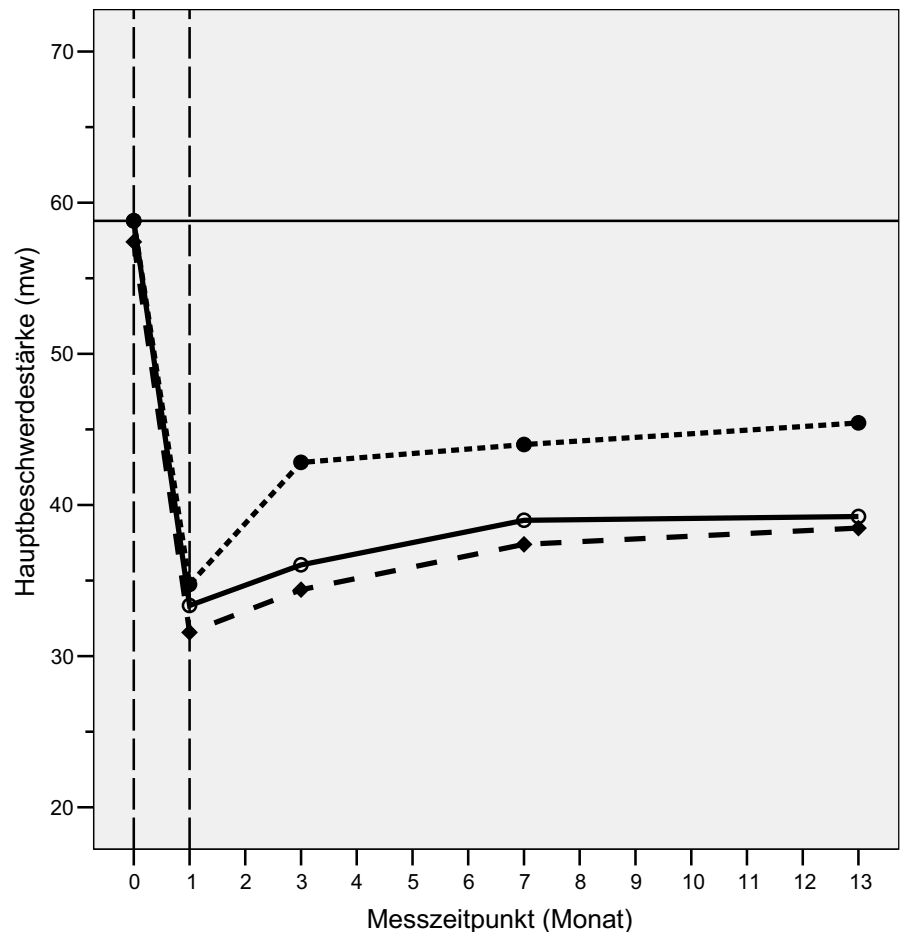


Abb. 4. 3 Varianten der Verlaufsdarstellung der mittleren Hauptbeschwerdestärke (Ausschnitt der von 0–100 reichenden y-Achse): alle verfügbaren Daten (durchgezogene Linie), Patienten mit kompletten Verlaufsdaten (gestrichelte Linie), fehlende Werte in den Nachbefragungen durch Ausgangswert ersetzt (gepunktete Linie). Der Klinikaufenthalt liegt zwischen den Messzeitpunkten 0 und 1.

Globale Erfolgseinschätzung der Reha-Maßnahme: Vom Arzt wurden bei Entlassung aus der Klinik 53% der Patienten bezüglich der Hauptbeschwerde als deutlich und 27% als leicht gebessert beurteilt. Als beschwerdefrei wurden 12% bezeichnet. 7% wurden als unverändert und 0,5% als verschlechtert eingestuft (Tab. 4). Dieses Ergebnis ließ sich mit nur geringen Abweichungen auch für die drei Diagnosegruppen beobachten. Bezogen auf den von den Ärzten bei Aufnahme in die Klinik erwarteten Behandlungserfolg wurde bei 16% der Patienten ein schlechteres Ergebnis erreicht, bei je 42% wurde die Erwartung genau erreicht bzw. wurde sie sogar übertroffen. Bei Entlassung aus der Klinik sahen 3% der Patienten selbst keinen Erfolg der Behandlung. 26% beurteilten das Behandlungsergebnis als «mäßig», 54% als «gut» und 17% als «sehr gut» (Tab. 4). Für die Patienten der drei großen Diagnosegruppen zeigten sich kaum Unterschiede in der Beurteilung des Therapieerfolgs. Bei etwa drei Viertel der Patienten ließ sich zwischen den Urteilen von Arzt und Patient eine weitgehende Übereinstimmung feststellen. Beim 6-Monats-FU waren in der Beurteilung des Therapieerfolgs kaum Unterschiede feststellbar. Im Vergleich der Diagnosegruppen deutete sich hier ein etwas positiveres Bild bei den Patienten mit Erschöpfungssyndromen ab. Aus der Gegenüberstellung ergab sich, dass 56% der Patienten bei Entlassung und 6 Monate danach zur selben Erfolgsbeurteilung gelangten.

Sicherheit und Verträglichkeit: Von den behandelnden Ärzten wurden nur vereinzelt (bei 0,6% der Patienten) unerwünschte Therapiewirkungen während des Klinikaufenthaltes dokumentiert. Sie bezogen sich hauptsächlich auf Anwendungen von Akupunktur, Neuraltherapie und auf durch die Nahrungsumstellung bewirkte Unverträglichkeiten. Durch entsprechende Gegenmaßnahmen konnten alle Reaktionen zum Verschwinden gebracht werden.

Patientenzufriedenheit: Das Profil der mittleren Zufriedenheitswerte der Patienten zeigte für die Betreuung durch Ärzte, Gesundheitstrainer und Pflegepersonal eine einheitliche Bewertung im Notenbereich zwischen 1,7 und 2,0. Deutlich negativer wurde die Verpflegung beurteilt. Geschmack und Verträglichkeit des Essens wurde von den Patienten mit Durchschnittsnoten von 2,7 und 3,1 bewertet. Patienten, die eine gezielte psychologische Behandlung bzw. eine Gesprächstherapie erhielten, beurteilten diese im Durchschnitt mit 2,2. 73% der Patienten beurteilten keinen einzigen Aspekt der Zufriedenheit mit einer schlechten Note (5 oder 6). Mehr als zweimal kam eine schlechte Beurteilung bei 7% der Patienten vor. Die Frage «Wie hat Ihnen der Klinikaufenthalt insgesamt gefallen?» bewerteten die Patienten im Durchschnitt mit 1,68 (SD = 0,75). Betrachtet man die Entwicklung dieser Allgemeinbewertung über die 2-jährige Laufzeit der Datenerhebung, so ließ sich bei monatlichen Schwankungen ein

Tab. 3. Ausgangswerte, Veränderungen bei Entlassung sowie 6 Monate danach für Hauptbeschwerdestärke und Lebensqualität (körperliche und psychische Gesundheit des SF-36) sowie globale Beurteilung des Patienten (ausgewählte Diagnosegruppen)

	Diagnosegruppe			Gesamt
	Neurosen/PVE	Rückenkrankheiten	Kopfschmerzen	
<i>Anzahl Patienten, n</i>				
Bei Aufnahme/Entlassung	2133	1025	629	5278
Bei 6 Mon. FU	1659	835	534	4253
<i>Beschwerdestärke (0–100)</i>				
<i>Bei Aufnahme</i>				
– M ± SD	58,4 ± 24,6	60,8 ± 23,7	62,7 ± 24,5	58,8 ± 24,9
<i>Abnahme bei Entlassung</i>				
– M ± SD	–27,8 ± 29,4	–23,9 ± 27,7	–29,8 ± 30,3	–25,1 ± 29,2
– SRM ¹	0,946	0,863	0,983	0,860
– ≥50%	52,8%	43,8%	51,7%	47,3%
<i>Abnahme bei 6-Mon. FU</i>				
– M ± SD	–20,5 ± 30,8	–16,4 ± 28,2	–23,3 ± 32,9	–18,9 ± 30,3
– SRM ¹	0,666	0,582	0,708	0,624
– ≥50%	43,6%	33,8%	44,8%	39,7%
<i>Körperliche Gesundheit (PCS)</i>				
<i>Bei Aufnahme</i>				
– Standardwert M ± SD	43,2 ± 9,3	37,4 ± 8,9	39,5 ± 7,9	40,6 ± 9,5
<i>Zunahme bei 6 Mon. FU</i>				
– M (SD)	4,1 ± 8,7	4,7 ± 8,7	5,7 ± 9,3	4,4 ± 8,8
– SRM ¹	0,471	0,540	0,613	0,500
– ≥5 Punkte	45,2%	48,8%	52,4%	46,7%
<i>Psychische Gesundheit (MCS)</i>				
<i>Bei Aufnahme</i>				
– Standardwert M ± SD	34,1 ± 11,0	43,8 ± 11,7	41,2 ± 11,0	39,1 ± 12,1
<i>Zunahme bei 6 Mon. FU</i>				
– M (SD)	8,0 ± 12,4	2,3 ± 10,7	4,0 ± 11,1	5,2 ± 11,8
– SRM ¹	0,645	0,215	0,360	0,441
– ≥5 Punkte	58,4%	36,1%	42,8%	47,6%
<i>Medikamenteneinnahme²</i>				
<i>«Schulmedizinisch», %</i>				
– Weder damals noch jetzt	38,3	40,2	12,3	32,2
– Abgenommen ³	49,6	42,7	66,4	49,6
– Unverändert ³	36,8	41,0	25,6	37,6
– Zugenommen ³	13,6	16,3	8,0	12,8
<i>«Pflanzlich/homöopathisch», %</i>				
– Weder damals noch jetzt	33,2	42,8	25,3	32,5
– Abgenommen ³	44,4	34,1	35,9	39,0
– Unverändert ³	39,8	46,8	35,9	41,3
– Zugenommen ³	15,8	19,1	28,2	19,7
<i>Allgemeiner Gesundheitszustand⁴</i>				
Viel besser	24,3	17,3	24,0	21,3
Etwas besser	40,3	32,6	39,2	37,8
Etwas gleich	23,2	32,6	26,9	27,5
Etwas schlechter	10,1	14,5	8,6	11,1
Viel schlechter	2,1	2,9	1,3	2,3

¹Standardized Response Mean.

²Patientenurteil zur Medikamenteneinnahme 6 Monate nach Entlassung im Vergleich zur Aufnahme.

³Bezogen auf die Patienten mit Änderung.

⁴Allgemeiner Gesundheitszustand 6 Monate nach Entlassung im Vergleich zu 6 Monate vor Aufnahme.

Trend zu einer positiveren Beurteilung erkennen (mittlerer Anstieg um etwa 0,15 Notenstufen, Abb. 5).

86% aller Patienten würden die Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen, weitere 12% würden dies unter Umständen tun und 1,3% auf keinen Fall.

Analyse möglicher Selektionseffekte

Zur Prüfung, inwieweit Patienten ohne Nachbefragungsdaten eine Negativselektion der gesamten Patientenpopulation darstellen, wurden 2 Gruppen gebildet: (1) Patienten mit vorliegendem Nachbefragungsbogen 6 oder/und 12 Monate nach

Tab. 4. Globale Beurteilung des Therapieerfolgs durch Arzt und Patient (nach Diagnosegruppen getrennt)

	Diagnosegruppe			Gesamt
	«Neurosen»/ PVE	Rücken- krankheiten	Kopfschmerzen	
<i>Anzahl Patienten, n</i>				
Bei Aufnahme/Entlassung	2133	1025	629	5278
Bei 6 Mon. FU	1659	835	534	4253
<i>Arzturteil zur Hauptbeschwerde bei Entlassung, %</i>				
Beschwerdefrei	12,3	12,1	18,3	12,4
Deutlich gebessert	60,5	54,0	52,6	53,0
Leicht gebessert	23,4	27,4	21,4	26,9
Unverändert	3,5	5,8	7,2	7,1
Verschlechtert	0,2	0,7	0,5	0,5
<i>Prognose, %</i>				
Verfehlt	12,4	14,0	15,1	16,1
Erreicht	42,9	44,9	39,7	42,0
Übertroffen	44,7	41,1	45,2	41,9
<i>Globales Patientenurteil zum Therapieerfolg bei Entlassung, %</i>				
Sehr gut	18,8	15,6	18,1	17,1
Gut	55,0	55,0	52,7	53,8
Mäßig	24,2	26,5	25,7	25,9
Kein Erfolg	2,0	2,9	3,5	3,2
<i>Globales Patientenurteil zum Therapieerfolg 6 Monate nach Entlassung, %</i>				
Sehr gut	25,9	17,5	22,6	22,2
Gut	50,0	52,1	46,0	49,3
Mäßig	19,8	25,2	26,4	23,5
Kein Erfolg	4,3	5,1	5,1	5,0

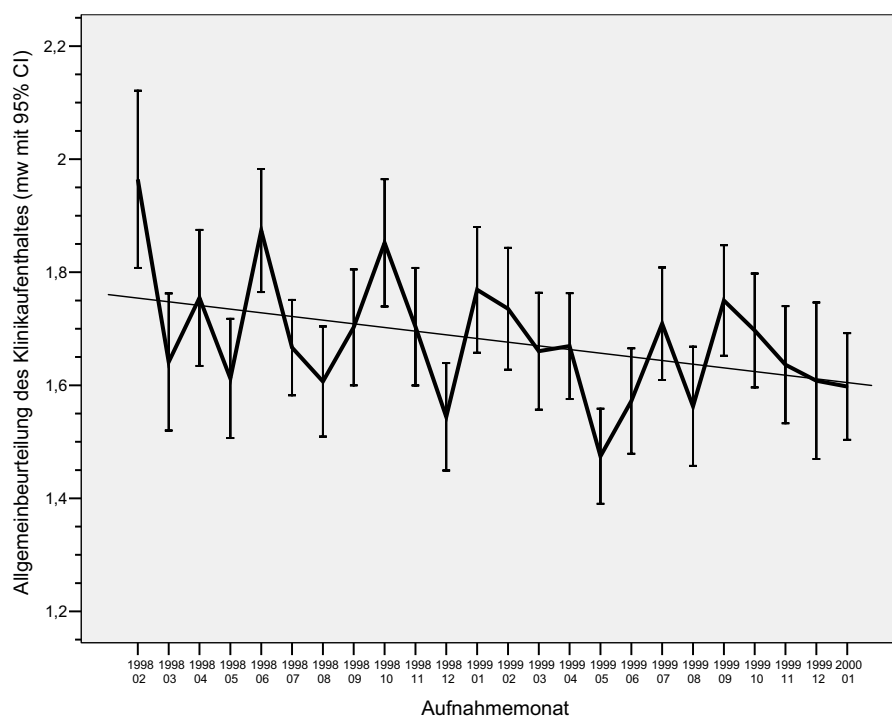


Abb. 5. Verlauf der Allgemeinbeurteilung des Klinikaufenthaltes durch die Patienten (Mittelwert mit 95%-Konfidenzintervall CI) von Februar 1998 bis Januar 2000 mit linearer Regression über die Zeit (y-Achse im Ausschnitt dargestellt: 1 = sehr gut, 2 = gut ... 6 = ungenügend).

Entlassung (n = 4478); (2) Patienten ohne 6- und 12-Monatsbogen (n = 800)

Der Vergleich beider Gruppen ergab keine wesentlichen Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter und Dauer der Be-

schwerden. Während Patienten der Diagnosegruppe «Neurosen/PVE» bei den Patienten ohne Nachbefragung etwas überrepräsentiert waren, fielen Kopfschmerzpatienten mit einem höheren Anteil in der Gruppe mit Nachbefragungen auf. Be-

züglich des Ergebnisprofils ergaben sich deutliche Hinweise auf höhere Patientenzufriedenheit und bessere, bei Entlassung aus der Klinik feststellbare Therapieerfolge bei den Patienten, die sich auch an der Nachbefragung beteiligten. Diese Unterschiede waren auch im Urteil der behandelnden Ärzte ablesbar.

Diskussion

Das dargestellte Patientenprofil gibt ein Querschnittsbild der Dr. Köhler-Parkkliniken ab, welches sich auf den Zeitpunkt der Erhebung (1998/99) bezieht. In der Praxis ist in geeigneten Abständen zu belegen, ob das Profil noch der aktuellen Situation entspricht und gegebenenfalls eine erneute Datenerhebung zu fordern. Die verwendete Methodik einer Gesamterhebung aller Patienten vermeidet jede Diskussion um die Repräsentativität der Daten für die in der Klinik behandelten Patienten, da außer dem gewählten Zeitfenster der Datenerhebung keine systematische oder zufällige Selektion vorliegt. Die Patienten mit breit gestreutem Alter, dem deutlichen Überwiegen weiblicher Patienten sowie einer vergleichsweise höheren Schulbildung ähneln in diesen Punkten anderen Patientengruppen der naturheilkundlichen Versorgung [8]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Patienten überwiegend Versicherte einer Angestellten-Ersatzkasse und damit nicht repräsentativ für alle Bevölkerungsgruppen sind.

Die im Median seit 6 Jahren bestehenden Beschwerden sowie die Vielzahl früherer Behandlungen weisen auf die Rehabilitationsbedürftigkeit der Patienten hin, die in einer entsprechenden Beschwerdestärke oder in einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität zum Ausdruck kommt. Der große Anteil von Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Erschöpfungssyndrome spiegelt die Situation wider, dass für viele Patienten, für die eine psychosomatische Rehabilitation nicht primär indiziert ist, eine naturheilkundliche Rehabilitation eine vielversprechende Behandlungsoption darstellt. Verlauf und Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung wurden für diese Patientengruppe gezielt untersucht [9]. Eine grobe Aufteilung der Patienten nach Hauptdiagnosegruppen ließ nur in Ausschnitten eine Differenzierung des Patientenprofils erkennen, was aufgrund der Multimorbidität und der unspezifischen Beschwerden nicht überrascht.

Die Patienten beschrieben sich als optimistisch bezüglich des erwarteten Behandlungserfolges; knapp die Hälfte war der Meinung, dass auf den weiteren Verlauf ihrer Beschwerden auch sie selbst Einfluss haben können. Neben der Besserung der Beschwerden erwarteten auch viele Patienten Informationen und Anregungen für eine gesündere Lebensführung. Damit war eine günstige Motivationslage für das naturheilkundliche Behandlungskonzept gegeben, welches auch Anstoß zu nachhaltigen Lebensstiländerungen beinhaltet.

Im Ergebnisprofil ließen sich – unabhängig von der Frage nach ursächlichen Faktoren und deren Wechselwirkungen –

nach Intervention positive Veränderungen im Vergleich zum Zustand der Patienten vor Rehabilitationsmaßnahme belegen. Dabei gelang es, Besserungen des Beschwerdebildes bis zu 1 Jahr nach Abschluss der stationären Behandlung nachzuweisen. Nachdem man sich in der Rehabilitationsforschung bei der Beschreibung der längerfristigen Ergebnisqualität mehrfach mit einem Zeitfenster von 6 Monaten begnügt [10], passt sich das Ergebnisprofil schwerpunktmäßig dieser Vorgabe an.

Fasst man die Patienten aller Behandlungsindikationen zusammen, so ließ sich eine deutliche Verminderung der subjektiven Beschwerdestärke in Form einer Effektgröße von 0,86 (bei Klinikentlassung) bzw. 0,62 (6-Monats-FU) beobachten. 40% der Patienten beurteilten ihre Beschwerdestärke 6 Monate nach Intervention als höchstens halb so hoch wie vor Behandlung. Die Effekte lagen dabei in etwa in einem Bereich, der auch bei einer großen Zahl von Patienten unterschiedlicher Rehabilitationseinrichtungen mit Hilfe des IRES-Fragebogens [11] belegt wurde [12]. Effektstärken, die sich aus den Vor-Nach-Differenzen ableiten, gelten bei Werten <0,4 als «gering», zwischen 0,4 und 0,8 als «mittel» und >0,8 als «stark» [13]. Für die Besserung des subjektiven Gesundheitszustands als Indikator für eine gesundheitsbezogene Lebensqualität ließen sich demnach Effekte an der Grenze zwischen «klein» und «mittel» ableiten. Knapp die Hälfte der Patienten konnte einen klinisch bedeutsamen Anstieg der Summenscores des SF-36 um ≥ 5 Punkte [6] erreichen. Die Effekte sind nur geringfügig höher als in einer naturheilkundlich ausgerichteten stationären Akut-Einrichtung [14]. Aus den Angaben der Patienten ließen sich klare Hinweise darauf finden, dass nach der Rehabilitation weniger konventionelle Medikamente nötig waren, weniger AU-Tage in Anspruch genommen wurden und dass im Alltag eine Veränderung der Lebensgewohnheiten hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Entspannung und Umgang mit belastenden Situationen stattgefunden hat. Anstöße für eine solche «Lebsumstellung» zu geben und Hilfen zu deren Umsetzung zu vermitteln, gehörten zu den wesentlichen Therapiezielen der stationären Rehabilitation.

Die im Profil berücksichtigten Indikatoren der Ergebnisqualität sind weitgehend krankheitsunspezifisch und erlauben somit eine Analyse der Gesamtheit der Patienten unabhängig von deren Erkrankungen und Behandlungsindikation. Dennoch ist, vor allem für Vergleiche mit anderen Reha-Einrichtungen, eine Darstellung der Ergebnisprofile auf Basis geeigneter Untergruppen sinnvoll. Hier waren neben zum Teil unterschiedlichen Ausgangswerten vor Intervention auch unterschiedlich starke Effekte nach Rehabilitation zu beobachten. Eine weitere Differenzierung unter Berücksichtigung individueller Therapieziele im Sinn einer zielorientierten Ergebnismessung [15] wurde nicht verfolgt, da eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Formulierung der Behandlungsziele oft erst mit fortschreitendem Rehabilitationsprozess möglich wird. Für die Bewertung der Zielerreichung ist

jedoch neben dem tatsächlichen Zustand nach Behandlung die vorab festgelegte Erwartung nötig. Dieser Ansatz konnte nur in Form einer einfachen, global formulierten Aussage zur Veränderung der Hauptbeschwerde durch den Arzt realisiert werden.

Aufgrund der unvollständigen Teilnahme der Patienten an den Nachbefragungen bestand die Gefahr einer vom Behandlungsergebnis abhängigen Selektion. Eine Teilgruppenanalyse von Patienten mit und ohne FU-Fragebögen lieferte auch im vorliegenden Fall einige Hinweise dafür, dass die Patienten mit Katamnesedaten einen zunächst günstigeren Behandlungsverlauf aufwiesen [8]. Verlaufsanalysen mit Ersetzung fehlender Werte nach Intervention durch die Vorwerte erbrachten dennoch Ergebnisse, die einen klinisch relevanten Nutzen der Behandlung belegen. Sie stecken den Rahmen ab, innerhalb dessen die «wahren» Veränderungen nach Intervention zu schätzen sind.

Aussagen zur Zufriedenheit der Patienten mit unterschiedlichen Aspekten des Klinikaufenthaltes wiesen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sehr deutlich auf Problemstellen aus Sicht der Patienten hin. Das mit Fasten und vollwertiger Kost verbundene ernährungstherapeutische Konzept der Klinik hatte in diesem Bereich weniger positive Bewertungen durch die Patienten zur Folge. Eingeleitete Maßnahmen zur Verbesserung der Verträglichkeit sowie eine größere Betonung

der Ernährung als Therapiemaßnahme im Rahmen der Patientenaufklärung führten zu positiveren Bewertungen in diesem Bereich wie auch zu einer, über die 2 Jahre beobachtbaren, verbesserten Gesamtbewertung der Klinik.

Die kontinuierliche Darstellung von Qualitätsprofilen wird erleichtert durch den Einsatz von EDV-Dokumentationssystemen in der Routine des Klinikalltags [16]. Die erhobenen Daten können zudem die Patientenakte ergänzen und – entsprechend aufbereitet – dem einzelnen Patienten eine Rückmeldung über den aktuellen Verlauf seiner Behandlung geben. Sie können auch künftigen Patienten zur Verfügung gestellt werden, um sich über die Behandlungsmaßnahmen und die damit erzielbaren Ergebnisse einer bestimmten Reha-Einrichtung zu informieren. Der Vergleich mit anderen Anbietern setzt ein einheitliches und standardisiertes Vorgehen bei der Darstellung der Qualitätsprofile voraus [17]. Dies führt zu Problemen, wenn sich die naturheilkundliche Rehabilitation als verfahrensorientierte Maßnahme versteht, die konventionelle Rehabilitation sich jedoch an den Indikationsgebieten orientiert. Hier sind über die Harmonisierungsbemühungen der verschiedenen Träger für eine Qualitätssicherung der Rehabilitation hinaus noch Abstimmungen nötig, um die geschaffene Transparenz als Basis einer Entscheidungshilfe für Patient, beantragenden Arzt wie auch Kostenträger nutzbar zu machen.

Literatur

- 1 Melchart D, Wessel A, Wunderlich S: Qualitätsprofil einer Rehabilitationsfachklinik für Naturheilverfahren – Teil 1: Struktur, Qualitätssicherung und Interventionen. *Forsch Komplementärmed* 2007;14: 281–287.
- 2 Schneeweis S, Sangha O, Manstetten A für die QMK-Entwicklungsgruppe: Patientenzentrierte Evaluation des Gesundheitszustands in einem longitudinalen Qualitätsmanagementsystem im Krankenhaus (QMK). *Gesundheitswesen* 2001;63: 205–211.
- 3 Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA: Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain – patients expectations and treatment effects. *Spine* 2001;26:1418–24.
- 4 Worbach M, Reusch A, Vogel H, Faller H: Zusammenhänge zwischen Motivationen und Erwartungen zu Beginn der Rehabilitation und dem Erfolg von Patientenschulungen; in *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, vol 52. Bad Homburg, vdv Gesellschaft für Medien und Kommunikation, 2004, pp248–250.*
- 5 Melchart D, Saller R: Programm zur Evaluation der Patientenversorgung (PEP) mit Naturheilverfahren/Komplementärmedizin – Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. *Perfusion* 2002;15: 102–112.
- 6 Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen, Hogrefe, 1998.
- 7 Ware JE, Kosinski M, Dewey JE: How to score version two of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI, QualityMetric Inc, 2000.
- 8 Melchart D, Gaisbauer M, Brenke R, Riker U, Liao JZ, Hager S, Linde K, Weidenhammer W: Beobachtungsstudien im Rahmen eines naturheilkundlichen Klinikverbundes. Teil I: Methoden und Übersicht der Ergebnisse der beteiligten Kliniken. *Forsch Komplementärmed* 1998;5:18–25.
- 9 Weidenhammer W, Wessel A, Hutter A, Melchart D, Schröder A: Das chronische Erschöpfungssyndrom in der naturheilkundlichen Rehabilitation – Prädiktoren des Behandlungsergebnisses. *Rehabilitation* 2006;45:299–308.
- 10 Farin E, Jäckel WH: Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation. *Betriebskrankenkasse* 2001;89:376–381.
- 11 Gerdes N, Jäckel WH: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Rehabilitation* 1995;34:13–24.
- 12 Farin E, Gerdes N, Jäckel WH, Follert P, Klein K, Glattacker M: «Qualitätsprofile» von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement* 2003;8:191–2004.
- 13 Schubmann R, Zwingmann Ch, Graban I, Hölz G: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation bei Patienten mit Adipositas. *Deutsche Rentenversicherung* 1997;9–10:604–625.
- 14 Ostermann T, Beer AM, Matthiessen PF: Evaluation stationärer Naturheilkunde – das Blankensteiner Modell. Teil II: Effektstärken und Gesundheitsstatus der Patienten im zeitlichen Verlauf. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2002;9:269–276.
- 15 Gerdes N, Bengel J, Jäckel WH: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung; in Bengel J, Jäckel WH (Hrsg): *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Regensburg, Roderer, 2000, pp 3–12.
- 16 Melchart D, Wichmann B, Polonius D, Saller R: Implementierung und Erprobung einer multifunktionalen elektronischen Patientenakte (Medical Monitoring®) im Rahmen von medizinischen Netzwerkstrukturen. *Praxis* 2001;90:1587–1593.
- 17 Farin E: Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. *Rehabilitation* 2005;44:157–164.