

# Die Rolle von lokaler und übergreifender Evidenz im Kontext der Rehabilitation

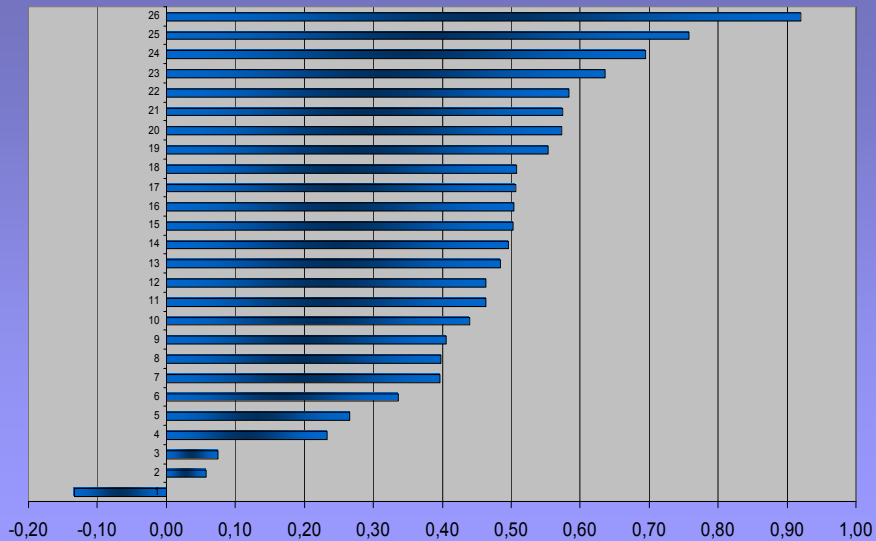
Heiner Raspe  
Institut für Sozialmedizin  
UKSH, Campus Lübeck

## „Generelle Wirksamkeit“

(BSG 19.2.2002 – B 1 KR 16/00 R)

„... haben im Streitfall die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit darüber zu befinden, ob Qualität und Wirksamkeit der jeweiligen Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Nach der Rechtsprechung des Senats ist das nur der Fall, wenn über ihre Zweckmäßigkeit in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen Konsens besteht (...). Die Behandlung muss sich in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen als erfolgreich erwiesen haben, was in der Regel durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken belegt sein muss. Da es auf den Nachweis der generellen Wirksamkeit ankommt, kann die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht damit begründet werden, dass die Therapie im konkreten Einzelfall erfolgreich gewesen sei und es unter der Behandlung zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei ...“

## Effektstärken von 26 psychosomatischen Rehabilitationskliniken(SCL-9)



© Dr. H. Schulz, UKE 2003

## „Folgen“ medizinischer Interventionen

„Effekte“, Veränderungen

Positive vs. negative Effekte

Wirksamkeit (Kausalnexus)

Zweckmäßigkeit, Eignung (Zielorientierung)

Nutzen (verschiedene Perspektiven, relevante Ziele,  
Effektstärke, Eintrittswahrscheinlichkeit, Nachhaltigkeit)

Netto-Nutzen (Nutzen minus Schaden)

Subjektiver Erfolg (subjektive Ziele,  
Zufriedenheit, globale Urteile)

The Cochrane Library 2004, Issue 1

Search phrase: chronic back pain (chronic next back next pain) - 100 hits

**MULTIDISCIPLINARY BIO-PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION FOR CHRONIC LOW BACK PAIN**

Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C.

Date of most recent amendment: 26 October 2001  
Date of most recent substantive amendment: 12 October 2001

This review should be cited as: Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C.. Multidisciplinary Bio-Psycho-Social Rehabilitation for Chronic Low Back Pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**ABSTRACT**

**Background**  
Chronic low back pain is, in many countries, the main cause of long term disability in middle age. Patients with chronic low back pain are often referred for multidisciplinary treatment. Previous published systematic reviews on this topic included no randomised controlled trials and pooled together controlled and non-controlled studies.

**Objectives**  
To assess the effect of multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation on pain, function, employment, quality of life and global assessment outcomes in subjects with chronic disabling low back pain.

**Search Strategy**  
We searched MEDLINE, EMBASE, PsychLIT, CINAHL, Health STAR, and The Cochrane Library from the beginning of the database to June 1998 using the comprehensive search strategy recommended by the Back Review Group of the Cochrane Collaboration. Intervention specific key words for this review were: patient care team, patient care management, multidisciplinary, interdisciplinary, multiprofessional, multimodal, pain clinic and functional restoration. We also reviewed reference lists and consulted the editors of the Back Review Group of the Cochrane Collaboration.

**Selection Criteria**  
Design: randomised controlled trials comparing multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation with a

## Effekte der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

### z.B. Rückenschmerzen

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Wirkungen        | Schmerzintensität, Erschöpfung, Depressivität | ++  |
| Zweckmäßigkeit   | Aktivitäten des täglichen Lebens              | +/- |
| Nutzen           | Wiederaufnahme der Arbeit, AU-Tage            | -   |
| Negative Effekte | Selbstbild, Krankheitsverhalten               | ?   |
| Erfolg           | Zufriedenheit                                 | ++  |

## Die Frage der Antragsteller und Ärzte nach „lokaler Evidenz“

Erreicht die Klinik, in die ich/er/sie eingewiesen werden soll, wenigstens den Bereich der „generellen Wirksamkeit“ der Methode (Zweckmäßigkeit, Nutzen, Erfolg) **oder** sind ihre Ergebnisse **sogar besser** (größere Effektstärke, kleineres NNT, längere Wirkdauer?) **oder** **womöglich schlechter?**  
Wo kann ich mich darüber informieren?

## Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung



[www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)

# QS-Programm der Gesetzlichen Rentenversicherung



## Grenzen der Patientenbefragung im QS-Programm der RV

- adressiert bisher nur RV Versicherte, d.h. nicht alle Rehabilitanden
- bezieht nur die Rehabilitanden der „federführenden“ Anstalt ein
- zieht monatlich kleine Stichproben (n = 20 bei der LVA SH)
- Rücklauf 60 %- 70 % nach 1 Erinnerung, Verzerrungen?
- nur poststationäre Befragung
- keine Messung der Ausgangslage (direkte Veränderungsmessung)



Eingeschränkte Möglichkeiten der Klinikbeurteilung und des Klinikvergleichs

# Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein



Leitprojekt „Qualitätsgemeinschaft medizinischer Rehabilitation in Schleswig-Holstein“

- konsekutive Stichproben
- aus allen stationären Rehabilitanden
- aus definierten Zeiträumen
- N ≈ 200
- Zweipunktbefragung
- indirekte Veränderungsmessung
- interessensneutrale „machtlose“ Auswertungsstelle
- Modell der unterstützten Selbstorganisation



**UK S-H** Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

## Fragebogen zur Rehabilitation vor der Maßnahme

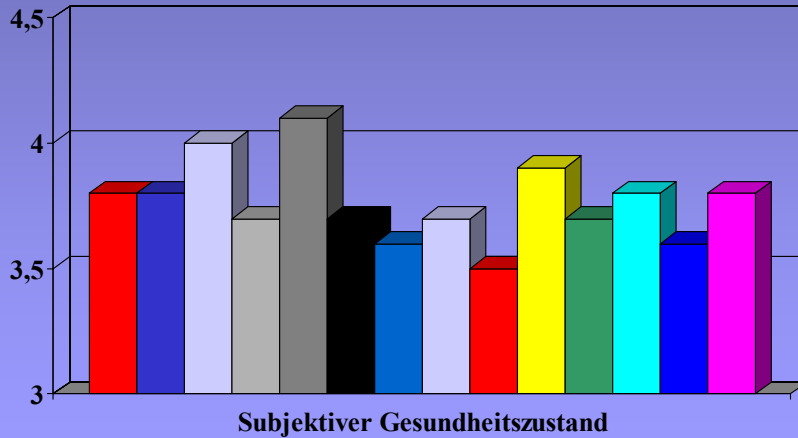
- Allgemeine Angaben zur Reha
- Reha-Erwartungen & Reha-Ziele
- Gesundheitszustand
- Schmerzen
- Stimmung & Vitalität
- Beschwerden
- Katastrophisieren
- Depressivität
- Funktionsbehinderung
- Leistungsfähigkeit & Beruf
- Lebensgewohnheiten
- Demographische Merkmale

## Fragebogen zur Rehabilitation 4 Monate nach der Maßnahme

- Klinikaufenthalt & Zufriedenheit
- Behandlung & Betreuung
- Gesundheitsbildung & Beratung
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- Nachsorge
- Gesamtbeurteilung

## Ausgangswerte von Stichproben verschiedener Kliniken (Orthopädie)

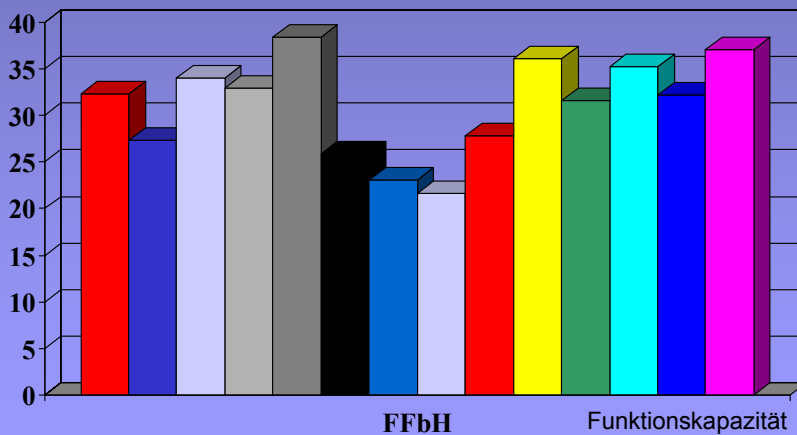
■ K11 ■ K12 ■ K13 ■ K14 ■ K15 ■ K16 ■ K17 ■ K18 ■ K19 ■ K110  
■ K111 ■ K112 ■ K113 ■ K114



Kliniken 1 – 8: MAGSV (2004); Kliniken 9-10: *vffr-2* (2000) ; Kliniken 11-14: *vffr-1* (1996)

## Ausgangswerte von Stichproben verschiedener Kliniken (Orthopädie)

■ K11 ■ K12 ■ K13 ■ K14 ■ K15 ■ K16 ■ K17 ■ K18 ■ K19 ■ K110  
■ K111 ■ K112 ■ K113 ■ K114



Kliniken 1 – 8: MAGSV (2004); Kliniken 9-10: *vffr-2* (2000) ; Kliniken 11-14: *vffr-1* (1996)

## Effektstärken im Vergleich (1)

Schmerzintensität

international (3 Studien, 3 – 12 Monate post Reha)

|     |             |                        |             |
|-----|-------------|------------------------|-------------|
| RCT | → IG(N=244) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.72</b> |
|     | →           | Intergruppen-ES        | 0.48        |
|     | → KG(N=251) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.24</b> |

## Effektstärken im Vergleich (2)

Schmerzintensität

international (3 Studien, 3 – 12 Monate post Reha)

|     |             |                        |             |
|-----|-------------|------------------------|-------------|
| RCT | → IG(N=244) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.72</b> |
|     | →           | Intergruppen-ES        | 0.48        |
|     | → KG(N=251) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.24</b> |

national ( 20 (15) Studien, Rehaende (3 – 12 Monate post))

|    |              |                        |                    |
|----|--------------|------------------------|--------------------|
| OS | → IG(N=1852) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.65 (0.14)</b> |
|----|--------------|------------------------|--------------------|

## Effektstärken im Vergleich (3)

### Funktionskapazität (3-12 m post)

international (4 Studien; 3 – 12 Monate post Reha)

|     |   |           |                        |             |
|-----|---|-----------|------------------------|-------------|
| RCT | → | IG(N=390) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.68</b> |
|     | → |           | Intergruppen-ES        | 0.43        |
|     | → | KG(N=371) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.20</b> |

national (15 (12) Studien, Rehaende (3 – 12 Monate post))

|    |   |            |                        |                    |
|----|---|------------|------------------------|--------------------|
| OS | → | IG(N=1532) | <b>Intragruppen-ES</b> | <b>0.14 (0.06)</b> |
|----|---|------------|------------------------|--------------------|

## Der Weg der Zukunft?

- größere Stichproben aus allen Rehabilitanden einzelner Kliniken
- ein reliables und valides Befragungsinstrument geprüfter Qualität
- Mit einem kompakten Satz von Nutzenindikatoren, der drei Perspektiven (Kliniker, Patienten, Sozialmedizin) berücksichtigt und sich auf die drei Grundkategorien der ICF beziehen lassen.
- ergänzende Erfolgsindikatoren (Zufriedenheit, globale Beurteilungen)
- ein überschaubarer Satz von Kontrollvariablen (Confounder)
- Hintergrundinformationen zur Verortung der klinikspezifischen Ergebnisse
- ein angemessenes Analysemodell und ein informatives und laienverständliches Berichtsmodell
- ein gut zugängliches Forum der Datenpräsentation, z.B. in Form von Qualitätsberichten oder einer Internetplattform
- kooperative Rehabilitanden und interessierte Kliniken, RV-Träger

## Inhalte des Patientenfragebogens (Version 2004)

- Bericht zu und Wahrnehmungen von **Rehaprozessen** (Behandlungsprofil, „reporting“ zu definierten Qualitätsindikatoren)
- Bewertungen der Klinik und Rehaprozesse incl. **Nachsorge** („rating“, „Zufriedenheit“)
- Gesundheitszustand vor der Rehabilitation
- Augenblicklicher Gesundheitszustand
- Veränderungen des GZ infolge der Reha („reported change“, hoch standardisierte geschlossene Fragen)

# Evidenz aus Deutschland

Studien aus einem Review & Update: 1980 - 12/2003

## Intra-Gruppen ES (am Reha-Ende)

| Outcomeparameter   | N Studie | N Patienten        | Gewichtete ES |
|--------------------|----------|--------------------|---------------|
| Schmerzintensität  | 20       | 3018<br>(19 - 455) | 0.65          |
| Funktionskapazität | 15       | 1766<br>(25 - 306) | 0.14          |

0.2 bis < 0.5  
0.5 bis < 0.8  
ab 0.8

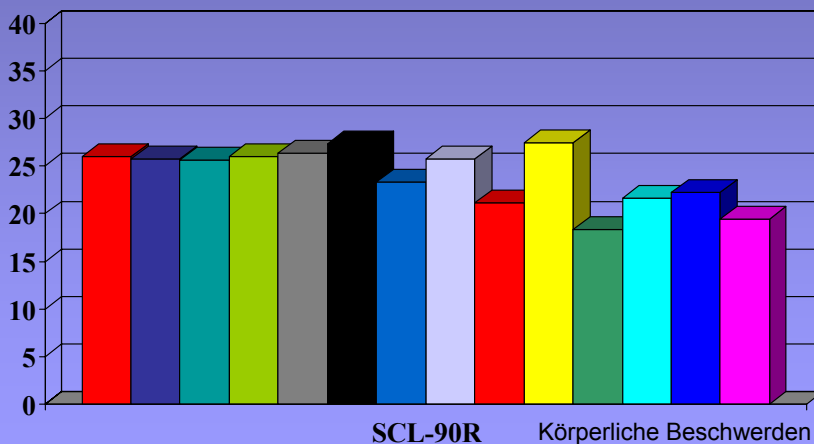
## Intra-Gruppen ES (3 - 12 Monate post Reha)

| Outcomeparameter   | N Studie | N Patienten        | Gewichtete ES |
|--------------------|----------|--------------------|---------------|
| Schmerzintensität  | 13       | 1852<br>(19 - 455) | 0.36          |
| Funktionskapazität | 12       | 1532<br>(25 - 306) | 0.06          |

ES  
ES  
ES  
Kleine Effekte  
Mittlere Effekte  
Starke Effekte

## Ausgangswerte von Stichproben verschiedener Kliniken (Orthopädie)

■ K11 ■ K12 ■ K13 ■ K14 ■ K15 ■ K16 ■ K17 ■ K18 ■ K19 ■ K110  
■ K111 ■ K112 ■ K113 ■ K114



Kliniken 1 – 8: MAGSV (2004); Kliniken 9-10: vffr-2 (2000) ; Kliniken 11-14: vffr-1 (1996)

## Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

|   |   |
|---|---|
| Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?               | 1 |
| Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet? | 2 |
| Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen?                       | 3 |

1 < 2 < 3 = **SPE**-Skala (Guttman-Skala)  
(Mittag und Raspe 2003)

## SPE - Stufen für verschiedene Kliniken der Qualitätsgemeinschaft

| SEP | KI1     | KI2  | KI3  | KI4  | KI5  | KI6  | KI7  | KI8  |
|-----|---------|------|------|------|------|------|------|------|
|     | Prozent |      |      |      |      |      |      |      |
| 0   | 29.3    | 35.2 | 19.5 | 35.6 | 20.3 | 39.8 | 44.6 | 37.7 |
| 1   | 20.2    | 24.1 | 18.8 | 16.3 | 19.5 | 20.5 | 18.5 | 15.9 |
| 2   | 31.3    | 31,5 | 33.1 | 31.2 | 33.1 | 22.9 | 26.2 | 27.5 |
| 3   | 19.2    | 9.3  | 28.6 | 16.8 | 27.1 | 16.9 | 10.8 | 18.8 |