
„Ziele, Rahmenbedingungen, differentielle Aspekte und Evaluation von Patientenschulungen“

Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern in Kooperation mit der „Arbeitsgruppe Patientenschulung“

im Rehabilitationswissenschaftlichen Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und
der Deutschen Rentenversicherung

am 13. und 14.01.2003 in Würzburg

Andrea Reusch, Marc Worbach, Heiner Vogel, Hermann Faller

Tagungsbericht

Zum dritten Mal in Folge konnte im Rahmen des Förderschwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“ eine Tagung zum Thema Patientenschulung in Würzburg durchgeführt werden. Die jeweils zweitägige Veranstaltung wird seit 1999 regelmäßig vom Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern (RFB) und der Arbeitsgruppe „Patientenschulung“ ausgerichtet. Die Tagungen haben zum Ziel, neue Entwicklungen in der rehabilitativen Patientenschulung zeitnah zu publizieren und aktuelle Ansätze aus Forschung und Praxis zu vernetzen (Ellgring & Reusch, 2001; Vogel & Reusch, 2000).

Bei der diesjährigen Tagung wurden in vier Themenblöcken die Ziele von Patientenschulung, Rahmenbedingungen und differentielle Aspekte sowie Methoden der Evaluation vorgestellt und mit knapp 100 Teilnehmern diskutiert. Bewährte Tagungsstätte war auch in diesem Jahr das Bildungszentrum des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger in Würzburg.

Der erste Themenblock umfasste vier Vorträge zu den derzeit diskutierten **Zielen der Patientenschulung**:

Petra Warschburger, Bremen, gab einen umfassenden Überblick zu *Zielen und Konzepten der Patientenschulung*. Die zusammenfassende Darstellung machte deutlich, dass in der Schulung von Patienten mit chronischen Erkrankungen neben der Information der Patienten die Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen bedeutsam sind, um Verhaltensänderungen zu erzielen. Die Steigerung von Selbstwirksamkeitserwartung, Compliance und Empowerment seien weitere Ziele der Schulung, die eine langfristige Aufrechterhaltung begünstigen.

Stephan Mühlig, Dresden, erläuterte in seinem Vortrag *Formen und messmethodische Fragen zum Ziel Compliance*: Chronische Erkrankungen erfordern ein besonderes Maß an Compliance (Therapiemitarbeit) der Patienten in der kontinuierlichen Arzneimittelanwendung und Symptomselbstbeobachtung sowie hinsichtlich präventiver Maßnahmen und Lebensstiländerungen. Compliance ist somit ein wichtiges aber auch komplexes Ziel in der Schulung, aber häufig sehr gering (höchstens 50%), was gesundheitsbedrohliche Folgen aber auch negative Konsequenzen für das Gesundheitswesen hat. Mühlig kategorisierte zunächst die verschiedenen Formen der Non-Compliance: Intentional seien die „generelle Ablehnung“ oder die „verdeckte Verweigerung“. „Unsachgemäße Anwendung“ oder „Anwendung ohne Indikation“ entstünden häufig versehentlich oder unbewusst. In Forschung und Praxis kämen zur Erfassung dieser Complianceformen eine Vielzahl von Erhebungsmethoden zum Einsatz: Zu den direkten Methoden seien beispielsweise die Verhaltensselbstbeobachtung oder die physiologische Wirkstoffspiegelmessung zu zählen. Indirekte Methoden seien u. a. Selbstangaben der Patienten, Experteneinschätzung, Apothekendokumentation oder elektronische Monitoringsysteme. Nach Diskussion der jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteile hinsichtlich ihrer Güte schlussfolgerte Mühlig, dass es zwar keine ideale Methode der Compliance-Messung gäbe, der „Goldstandard“ aber derzeit in nonreaktiven elektronischen Messmethoden zu sehen sei.

Michael Wittmann, Bad Reichenhall, erläuterte *gesundheitsökonomische Ziele der Patientenschulung am Beispiel der COPD-Schulung*. Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen verursachten hohe Kosten im Gesundheitssystem: häufige Arztbesuche, Notfallbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeit oder frühzeitige Berentung. Ziel der Patientenschulung sei neben der patientenseitigen Verbesserung der Symptomatik und des Wohlbefindens die Reduktion dieser immensen gesellschaftlichen Folgekosten. Eine eigens entwickelte Schulung für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen wurde auch hinsichtlich dieser gesundheitsökonomischen Auswirkungen evaluiert. Die Referenten konnten zeigen, dass eine Kostenreduktion durch die COPD-Schulung möglich war.

Hermann Faller, Würzburg, gab anschließend einen Überblick zu *Empowerment als Ziel der Patientenschulung*. Empowerment meint die Befähigung des Patienten zur aktiven Partizipation als gleichberechtigter Partner bei medizinischen Entscheidungen. Dieser neue Ansatz fordert von den beteiligten Partnern einer Patientenschulung den wechselseitigen Informationsaustausch, der zu einer gemeinsamen Entscheidung führt (shared decision making). Dabei wird erwartet, dass durch die selbstbestimmte Entscheidung das Selbstmanagement der Patienten, die Zufriedenheit, die Compliance sowie der Alltagstransfer und die Behandlungsergebnisse verbessert werden. Faller erläuterte die Voraussetzungen und Barrieren dieses Ansatzes auf Seiten des Arztes und des Patienten bezüglich deren Interessen, emotionaler Einstellungen, Kompetenzen und strukturellen Bedingungen. Zu jedem Aspekt wurde die aktuelle empirische Befundlage berichtet. Die Darstellung machte deutlich, dass zu einer Reihe von Voraussetzungen und Barrieren des Empowerment weiterer Forschungsbedarf besteht, um zu prüfen, ob die erwarteten Effekte auch eintreten.

Der zweite Themenblock der Tagung beschäftigte sich mit den **Strategien und Rahmenbedingungen einer Patientenschulung** in der medizinischen bzw. psychosomatischen Rehabilitation:

Norbert Hermanns, Bad Mergentheim, erläuterte den empirischen Kenntnisstand zu den Erfolgen von Patientenschulungen mit reiner *Wissensvermittlung im Unterschied zu*

verhaltensmedizinischen Ansätzen. Dabei zeigte sich in Metaanalysen von Schulungsevaluationen durchgehend, dass Wissensvermittlung allein zwar zur Erhöhung krankheitsbezogenen Wissens führte, nicht aber zu Lebensstilveränderungen und biomedizinischen Effekten. So betragen im Diabetesbereich die mittleren Korrelationen zwischen Wissenszuwachs nach einer Schulung und biomedizinischen Effektparametern lediglich $r = 0,11$ und zu selbstberichteten Verhaltensänderungen $r = 0,19$. Deshalb seien selbstmanagementorientierte, verhaltensmedizinisch fundierte Schulungskonzepte zu entwickeln. Diese sollten neben dem Aspekt der Informationsvermittlung, insbesondere auch kognitive, emotionale, motivationale, behaviorale und physiologische Faktoren beeinflussen. Thematisiert werden sollten die subjektiven Einstellungen und Kognitionen zur Schwere/Bedrohlichkeit der Erkrankung, emotionale Belastungen durch die Erkrankung, Aspekte der Selbstwirksamkeit und der wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten auf den Erkrankungsverlauf, motivationale Aspekte zur Modifikation des Krankheitsverhaltens und mögliche Barrieren, systematische Beobachtung des eigenen Verhaltens (ergänzt durch Verfahren der Selbstkontrolle), Verbesserung der Interozeptionsfähigkeit und verbesserte Symptomwahrnehmung. Außerdem empfahlen die Autoren, in Evaluationsstudien neben der Effektivität und dem Kosten-Nutzen-Aspekt auch Fragen zur differentiellen Indikation der Schulungsprogramme zu klären.

Wolfgang Bürger, Hamburg, konnte anhand einer längsschnittlichen Multicenterstudie (1998 – 2002, Spitzenverbände der Deutschen Renten- und Krankenversicherung) zeigen, dass sich *stationäres vs. ambulantes Setting* als Rahmenbedingungen der Patientenschulung hinsichtlich wichtiger Patienten- und Behandlungsvariablen nicht unterscheiden. Die ambulante Versorgungsstruktur weise dennoch einige Besonderheiten auf: Die Patientenzahlen seien wesentlich geringer, so dass es im geringeren Ausmaß möglich sei, homogene Patientengruppen zu bilden. Des Weiteren seien die räumlichen und personellen Ressourcen (z. B. mehr Honorarkräfte) in ambulanten Settings weniger umfangreich. Dagegen bieten in konzeptueller Hinsicht die ambulanten Reha-Maßnahmen die Möglichkeit eines unmittelbaren Transfers des Gelernten in den Alltag, sowie die Möglichkeit Umsetzungsbarrieren in der Patientenschulung direkt zu bearbeiten. Allerdings sehen die Autoren in der Konzeption, Durchführung und zielgenauen Verordnung von ambulanten Patientenschulungen noch Optimierungsbedarf.

Claus Bischoff, Bad Dürkheim, belegte, dass in einem Modellprojekt die motivierenden Maßnahmen zur *Vor- und Nachbereitung stationärer Rehabilitation – am Beispiel der Psychosomatik* – bessere Effekte erzielten als die übliche stationäre Rehabilitation. Die gezielten Interventionen vier Wochen vor und bis zu acht Wochen nach dem stationären Aufenthalt umfassten jeweils mindestens zwei psycho-edukative Gruppeninterventionen und zwei Einzelgespräche. In einem Feldexperiment mit parallelisierten Stichproben sei diese Maßnahme über fünf Messzeitpunkte an psychosomatischen Patienten evaluiert worden. Die Experimental- und Kontrollgruppe seien hinsichtlich wesentlicher Variablen vergleichbar, die ambulanten prä- und poststationären Maßnahmen wie geplant kostenneutral. Die ambulanten Maßnahmen erfahren bei den Patienten insgesamt eine hohe Akzeptanz. Die prästationären Maßnahmen führten zu einem höheren Informationsstand der Patienten über die Reha-Maßnahme und einem vergleichsweise besseren körperlichen Befinden. Die poststationären Maßnahmen bedingten eine bessere Verwirklichung von Therapiezielen, bessere Basisfertigkeiten und Bewältigung alltäglicher Anforderungen, eine stärkere internale Krankheitskontrollattribution, eine Abnahme von Häufigkeit und Stärke körperlicher und seelischer Beschwerden und ein besseres Allgemeinbefinden. Bischoff schlussfolgerte, dass das Modellprojekt, insbesondere das poststationäre Angebot, der üblichen stationären Versorgung überlegen sei.

Rudolph Schulte, Bad Rothenfelde, beschäftige sich im Folgenden mit der Frage: *Lässt sich der Reha-Erfolg durch Booster-Schulungen stabilisieren?* Nach einer Einführung in Grundlagen und Ziele von Booster-Schulungen (Nachsorgekonzepten) wurden offene Fragen diskutiert und am Beispiel der Adipositasbehandlung Ergebnisse eines Modellprojekts berichtet. Darin wurde ein gestuftes Nachsorgekonzept (telefonische Nachsorgekontakte, stationäre Nachsorge im Rahmen eines Etappenheilverfahrens) evaluiert: 409 von ursprünglich 497 Patienten, die an einer stationären Adipositaschulung teilgenommen hatten, konnten zwei Jahre später erneut untersucht werden. Konzeption und Ziele der Schulung sowie Ergebnisse der mit einer Kontrollgruppe vergleichenden Evaluation der Nachsorgekonzepte wurden vorgestellt. Die Befunde verweisen auf eine selektive Inanspruchnahme des Angebots sowie auf wichtige Prozessvariablen, die bei der Weiterentwicklung von Schulungscurricula und verschiedenen Booster-Schulungen Berücksichtigung finden sollten.

Im dritten Block wurden **differentielle Aspekte der Patientenschulung** thematisiert, wie die unterschiedlichen Indikationen der Rehabilitanden, Alter, geschlechtsspezifische Aspekte und differentielle Motivationslagen:

Ulrike Worringen, Berlin, berichtete über das derzeit im Druck befindliche aktualisierte *Gesundheitstraining der BfA* und stellte dabei die neuen störungsspezifischen Schulungsprogramme des Programms vor. Die BfA fördere die Optimierung des Gesundheitstrainings in der medizinischen Rehabilitation durch die Entwicklung und Implementierung von indikationsbezogenen Curricula in den von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen. Derzeit werde ein vollkommen überarbeitetes Gesundheitstraining der BfA publiziert, welches modellhaft 19 Curricula für sieben Indikationsbereiche vorhält: Neubildungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, des Atmungssystems, Erkrankungen der Haut, des Verdauungssystems und des Bewegungsapparates. Worringen stellte die Entwicklung, Inhalt und Aufbau der Curricula sowie Hinweise zur Durchführung des Gesundheitstrainings in der medizinischen Rehabilitation vor.

Ursula Härtel, München, hat mit einer Zusammenfassung derzeitiger Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Differenzen bei PatientInnen mit koronaren Herzerkrankungen zeigen können, dass wesentliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Erkrankungsverlauf eine differentielle Patientenschulung nahe legen. In einer eigenen 3 Jahres-Follow-Up-Studie wurden RehabilitandInnen hinsichtlich wesentlicher Rehabilitationserfolgsmaße, Einflussfaktoren und Moderatorvariablen befragt. Die Ergebnisse deuteten auf einen unterschiedlichen Bedarf in der rehabilitativen Versorgung hin. Spezifische Probleme wie unterschiedliche Risikofaktoren und Verläufe, Menopause oder beispielsweise Gefühle der Scham in gemischten Sportgruppen würden in herkömmlichen Reha-Programmen nicht berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund werde eine *geschlechtsspezifische Patientenschulung für Herzpatientinnen* entwickelt, wobei zur Entwicklung des Programms in der Klinik Höhenried eine eigene „Frauenstation“ eröffnet werde. Das Programm umfasse intensiviertere und individualisierte Motivations- und Aufklärungsgespräche, ein gezieltes frauenspezifisches Sportprogramm, psychologische Betreuung, Aufklärungsgespräche mit Angehörigen, psychosoziale Beratung und eine intensiviertere Nachsorge. Die Implementierung werde längsschnittlich im Vergleich mit einer standardbehandelten Gruppe von HerzinfarktpatientInnen überprüft.

Veronika Ströbl, Würzburg, stellte erste Ergebnisse einer Multicenterstudie vor: *Differentielle Motivation zur Durchführung von Entspannungsübungen – Indikation für differentielle Angebote?* Auf Basis des Stufenmodells der Veränderungsmotivation von Prochaska und DiClemente konnte ein neues Instrument zur Erfassung der Veränderungsmotivation hinsichtlich der Durchführung von Entspannungsübungen entwickelt werden. Dieses Instrument besteht aus einem Algorithmus zur Erfassung von fünf diskreten Motivationsstufen und je einer Skala zur spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung und zur Entscheidungsbalance (wahrgenommene Vor- und Nachteile der Verhaltensänderung). Die Fragebögen erwiesen sich in einer ersten Erhebung an 163 Rehabilitanden als reliabel und valide. Die Rehabilitanden fanden sich in allen fünf Motivationsstufen repräsentiert. Eine längsschnittliche Erhebung an 40 Rehabilitanden zeigte darüber hinaus, dass durch die Teilnahme an einem Entspannungskurs die meisten der Kursteilnehmer einen Fortschritt bzgl. der Motivationsstufe erzielten. 30% der Patienten zeigten aber keine Veränderung hinsichtlich der Motivationsstufe und immerhin 10% verschlechterten sich um mindestens eine Stufe. Die beiden letztgenannten Gruppen konnten also durch das therapeutische Angebot im Entspannungskurs nicht erreicht werden. Diese Ergebnisse legten nahe, die vom Stufenmodell der Veränderungsmotivation implizierten differentiellen therapeutischen Strategien auch im Bereich der Entspannungsübungen anzuwenden. Damit könnten die Erfolge hinsichtlich einer langfristigen und dauerhaften Verhaltensänderung optimiert werden.

Im vierten Themenblock konnten forschungsmethodische Aspekte zur **Evaluation von Patientenschulungen** diskutiert werden.

Hermann Faller, Würzburg, gab einen Überblick zu *Fragestellungen und Designs*. Er machte deutlich, dass zu unterschiedlichen Forschungsfragestellungen jeweils unterschiedliche methodische Designs anzuwenden sind. Zur Überprüfung der Effektivität einer Schulung sei das randomisierte Kontrollgruppendesign anzuwenden. Durch den Vergleich mit einer Kontrollgruppe könnten umgebungsbezogene Störgrößen kontrolliert werden, durch die Randomisierung weitere unbekannte und personenbezogene Störgrößen. Durch dieses experimentelle Design sei die interne Validität maximal und der Kausalschluss hinsichtlich der Effektivität einer Patientenschulung möglich. Weitere quasiexperimentelle Designs und Beobachtungsstudien lassen dagegen keinen Kausalschluss zu, seien aber z. B. zur Analyse von Zusammenhängen (Querschnittstudie), zur Beschreibung von Veränderungen (Ein-Gruppen-Prä-Post-Design) oder Identifizierung von Wirkfaktoren (Kohortenstudie) sinnvolle und ökonomische Verfahren.

Heiner Vogel, Würzburg, konnte im Anschluss verschiedene *Quasiexperimentelle Designs* differenzieren und deren Voraussetzungen, Umsetzungsformen und spezifische Anforderungen beschreiben. Beispielhaft wurden fünf Varianten quasi-experimenteller Designs (Zeitreihenanalyse, Anordnung mit gleichartiger Zeitstichprobe, Anordnung mit gleichartiger Kontrollgruppe, ausbalancierte Anordnung, Anordnung mit verschiedenen Stichproben für Vor- und Nachuntersuchung) dargestellt und in ihren Anwendungsmöglichkeiten für den Rehabilitationssektor näher untersucht. Eine Checkliste von Validitätskriterien wurde bei den vorgestellten Designs angelegt und Möglichkeiten zum Umgang mit den spezifischen Bedrohungen der Validität diskutiert.

Rüdiger Nübling, Karlsruhe, erläuterte daraufhin Gemeinsamkeiten und Unterschiede *verschiedener Strategien zur Ergebnismessung*. Bei der „indirekten Veränderungsmessung“ handele es sich um die übliche Messung des Ergebnisparameters zum Prä- und

Postmesszeitpunkt. Dagegen werde bei der „quasi-indirekten Veränderungsmessung“ einmalig der Status des Postmesszeitpunktes sowie retrospektiv, aus dem Gedächtnis, der des Prä-Zeitpunktes erhoben. Bei der „direkten Veränderungsmessung“ werde ebenfalls einmalig erhoben, dabei aber die wahrgenommene Veränderung (z.B. „verbessert“, „gleichgeblieben“, „verschlechtert“) ermittelt. In einer multizentrischen Verlaufsstudie mit drei Messzeitpunkten sei der Frage nachgegangen worden, ob die drei Verfahren der Ergebnismessung vergleichbar und damit die ökonomischere Einpunktmessung zu empfehlen sei. Nach einer detaillierten Darstellung der Datenanalysen konnte geschlussfolgert werden, dass für Routine-Katamnesen die Übereinstimmung von „direkter“ und „quasi-indirekter“ mit der klassischen „indirekten Veränderungsmessung“ annehmbar sei, die Behandlungsergebnisse bei „quasi-indirekter“ Messung aber möglicherweise eine Überschätzung darstellten. Alle drei Methoden zeigten eine gute Validität, wenn man psychometrische Daten und Fremdurteile zur katamnestischen Ergebnisqualität als Bezugspunkt verwendet. Die „quasi-indirekte“ und die „direkte Veränderungsmessung“ stellten somit im Rahmen von Routine-Katamnesen, aufgrund ihrer höheren Ökonomie (ein Messzeitpunkt), eine brauchbare Alternative zur klassischen indirekten Veränderungsmessung dar.

Marc Worbach, Würzburg, referierte im letzten Beitrag zum Thema *statistischer und klinischer Bedeutsamkeit*. Die Evaluation von Patientenschulungen beinhalte die Frage nach der Effektivität der Schulung. Zum Nachweis der Effektivität werden zunächst statistische Verfahren herangezogen, um den Nachweis eines signifikanten – also von Null verschiedenen – Unterschiedes zwischen der Experimental- und der Vergleichsgruppe zu prüfen. Mit dem Nachweis der statistischen Bedeutsamkeit (dem Schluss von der Stichprobe auf die Population) sei aber nicht zwingend auch die klinische Bedeutsamkeit eines Unterschiedes geprüft. Zur Überprüfung der klinischen Bedeutsamkeit wurden drei Strategien vorgestellt: die „symptomorientierten“ Methoden, bei denen Vergleichsgruppen herangezogen werden, Methoden der subjektive Bewertung oder der sozialen Auswirkungen. Worbach plädierte dafür, bei der Evaluation von Patientenschulungen neben der statistischen Signifikanz auch andere Parameter (z. B. Konfidenzintervalle) sowie insbesondere die klinische Bedeutsamkeit eines gefundenen Effektes zu berichten.

Die von den Teilnehmern als erfolgreich bewertete Tagung hatte das Ziel, die aktuell diskutierten Ansätze in Patientenschulungen aus verschiedenen Blickrichtungen zu präsentieren und zur Entwicklung, Modifikation und Evaluation von Schulungen anzuregen:

Die Definition neuer Zielsetzungen der Patientenschulung (Empowerment, Compliance, Selbstwirksamkeitserwartung und Ökonomie) sollten richtungsweisend für Neuentwicklungen von Patientenschulungen sein. Bestehende Maßnahmen sollten hinsichtlich differentieller Aspekte auf Seiten der Patienten (Indikation, Alter, Geschlecht, Motivation) angepasst und modifiziert werden.

Alternative Strategien und Rahmenbedingungen (verhaltensmedizinische Inhalte, ambulante Settings, Vor- und Nachbetreuung stationärer Rehabilitationen und Booster-Schulungen) sollten die klassischen stationären Schulungen ergänzen. Schlussendlich sollten alle Entwicklungen und Modifikationen mittels angemessener Forschungsmethoden evaluiert werden.

Die Veröffentlichung der Beiträge in einem Themenschwerpunkt ist geplant.

Literatur

Ellgring, H. & Reusch, A. (Hrsg.) (2001). Patientenschulung: Brücke zwischen Forschung und Praxis. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Jg. 14 (Heft 2).

Vogel, H. & Reusch, A. (Hrsg.) (2000). Patientenschulung in der Rehabilitation Erfahrungen und Entwicklungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Jg. 13 (Heft 3).

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Andrea Reusch

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Arbeitsbereich „Rehabilitationswissenschaften“

Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg

Tel: 0931/31-2070, FAX: 0931/31-2078

e-mail: a.reusch@mail.uni-wuerzburg.de