

Risiken und Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation: Annäherungen an ein wenig beachtetes Thema

Risks and Adverse Effects of Inpatient Rehabilitation: Reflections on a Widely Neglected Delicate Subject

Autoren

J. Höder¹, O. Mittag², A. Christoph Arlt¹, C. Präcklein², H. Raspe²

Institute

¹ Rheumaklinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt² Institut für Sozialmedizin, UK Schleswig-Holstein, Lübeck

Schlüsselwörter

- Rehabilitation
- Risiken
- Nebenwirkungen

Key words

- rehabilitation
- risk
- adverse effects

Zusammenfassung



Hintergrund/Ziele: Das Thema möglicher Nebenwirkungen von medizinischen Reha-Maßnahmen ist bislang weitgehend vernachlässigt, obwohl Rehabilitanden und Mitarbeiter von Reha-Kliniken vielfältige Hinweise auch auf negative Wirkungen von Rehabilitation geben. **Methoden:** Anhand von Daten aus der Qualitätssicherung sowie aus eigenen Studien zu anderen Fragestellungen werden mögliche vermeidbare und unvermeidbare Nebenwirkungen von Reha-Maßnahmen diskutiert. Außerdem werden die Resultate von fünf Fokus-Gruppen mit Rehabilitanden und Klinikmitarbeitern sowie die Ergebnisse einer Patientenbefragung zu diesem Thema berichtet.

Ergebnisse: Sowohl die Daten aus Qualitätssicherung als auch die eigenen Ergebnisse weisen auf einen nicht unerheblichen Anteil an negativen Verläufen nach Reha-Maßnahmen hin.

Schlussfolgerungen: Die vorliegenden Daten machen deutlich, dass die medizinische Rehabilitation durchaus auch negative Wirkungen haben kann. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

Abstract



Background: The topic of possible risks and adverse effects of rehabilitation treatment is widely neglected, though clinical lore suggests that such side effects do occur.

Methods: Data from quality assurance programs and other research on clinical outcomes were checked for hints on adverse outcomes of rehabilitation treatments. In addition, results of five focus groups with patients and therapists from a rehabilitation centre as well as results of a survey of rehab patients on possible side effects are reported.

Results: There is sufficient evidence that negative effects of rehabilitation are not negligible. On this background, avoidable and also inevitable adverse effects of rehabilitation are discussed.

Conclusions: Rehabilitation can very well yield adverse effects, and there is an urgent need for further research.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-970154
 Online Publikation: 2007
 Z Allg Med
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. J. Höder
 Rheumaklinik Bad Bramstedt
 Postfach 1445
 24572 Bad Bramstedt
 hoeder@r-on-klinik.de

Hintergrund



Medizinische Rehabilitation bildet in Deutschland einen gesetzlich geregelten Bereich der Gesundheitsversorgung (SGB VI/IX), der keineswegs trivial ist. Allein die gesetzlichen Rentenversicherungen führen pro Jahr ungefähr 700.000 medizinische Reha-Maßnahmen und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei Erwachsenen durch (VDR Statistik Rehabilitation für 2004; <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de>; Zugriff am 1.9.2006). Hinzu kommen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Kranken- und Unfallkassen sowie anderer Träger, die einen

ähnlichen Umfang haben dürften. Leider liegen hierzu keine verlässlichen Zahlen vor. Das bedeutet, jedes Jahr werden in Deutschland weit über eine Million Menschen zumeist in stationären Rehabilitationseinrichtungen von einem interdisziplinären Team behandelt.

Eine Grundforderung an das ärztliche und therapeutische Handeln ist das Nil nocere. Das gilt natürlich auch für die medizinische Rehabilitation, wo sich neben der Frage nach den erwünschten Effekten auch das Problem möglicher Risiken und Nebenwirkungen stellt. In der Arzneimittelforschung hat die Untersuchung unerwünschter Wirkungen und Wechselwirkungen

Tab. 1 Anteil derjenigen Rehabilitanden, die ca. 3 Monate nach Ende der stationären Rehabilitation (orthopädische Kliniken mit geringem Anteil entzündlich-rheumatischer Erkrankungen) für zuvor bestehende Probleme eine „Verschlechterung durch die Rehabilitation“ angaben (in Prozent); Quelle: Patientenbefragung der DRV (unveröffentlicht)

Problembereich	Mai 04	Sep 04	Mai 05	Jun 06
seelischen Probleme mit Auswirkungen auf Aktivitäten	11	12	13	11
Schmerzen	10	11	11	10
Kreuzschmerzen	11	10	11	10
mehr Schmerzmittel	10	11	11	9
Taubheit oder Kribbeln	10	11	10	9
körperliche Probleme mit Auswirkungen auf Aktivitäten	9	10	11	9
Kontakte zu anderen Menschen	10	11	9	8
Schweregefühl in Armen und Beinen	10	9	10	9
gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten	9	9	9	7
Schwächegefühl	8	8	9	8
Gesundheitszustand	8	8	8	8
Muskelschmerzen	8	8	9	7
Nervosität und Niedergeschlagenheit	7	8	6	7
Hitzewallungen oder Kälteschauer	6	6	7	6
Erschöpfung und Müdigkeit	5	6	6	7
Übelkeit oder Magenverstimmung	6	6	5	4
mehr Schlaf- oder Beruhigungsmittel	5	6	5	5
Kloßgefühl im Hals	5	5	4	5

eine lange Tradition. Sie ist gesetzlich im Arzneimittelgesetz (AMG) verankert. Derzeit beginnt auch in der Psychotherapie eine breitere Auseinandersetzung mit dem Problem schädlicher Wirkungen (z.B. [1]). Dagegen ist die Frage nach möglichen Nebenwirkungen von Rehabilitation bislang weitestgehend vernachlässigt worden.

Studien zu unerwünschten Wirkungen von medizinischer Rehabilitation scheint es nicht zu geben, zumindest hat eine von uns aktuell durchgeführte Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken (REHADAT, Medline, Embase, Thieme) zu keinem Resultat geführt. Gefunden wurden ausschließlich Arbeiten, die sich auf die Nebenwirkungen von Medikamenten oder medizinischen Eingriffen bezogen oder in denen Rehabilitation wegen gravierender Nebenwirkungen diskutiert wurde, nicht jedoch Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation.

Aufgrund vielfältiger Hinweise gehen wir aber davon aus, dass schädliche Wirkungen von Rehabilitationsmaßnahmen keineswegs eine Ausnahme bilden. Anekdotische Evidenz fanden wir in Internet-Foren (z.B. <http://www.f27.parsimony.net/forum67273/messages/4308.htm>; letzter Zugriff am 12.4.2006) und in persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern von Rehakliniken. Systematischere Erkenntnisse lieferten die (unveröffentlichten) Ergebnisse der Patientenbefragungen, die in den letzten vier Jahren im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung (LVA Hamburg, Deutsche Rentenversicherung Bund) durchgeführt wurden und die den Kliniken vorliegen (● **Tab. 1**). Es zeigt sich, dass bis zu 13 Prozent der Rehabilitanden Verschlechterungen in einzelnen Problembereichen infolge der Reha-Maßnahme angeben. Dieses Ergebnis ist über die Jahre sehr stabil; ein Trend ist nicht zu erkennen.

Aus den Daten einer eigenen Studie, die ursprünglich zu anderen Forschungsfragen durchgeführt wurde [2], ließen sich ungünstige Veränderungen während der stationären Rehabilitation in Richtung Ängstlichkeit und Depressivität, Abnahme internaler und Zunahme externaler und fatalistischer Kontrollüberzeugungen sowie Abnahme eines aktiven Copings bei Patienten mit Rückenschmerzen feststellen (● **Tab. 2**). Besonders deutlich war

das Ausmaß ungünstiger Veränderungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, also einem Bereich, der zu den wesentlichen Zielen der Rehabilitation gehört. Bei mehr als der Hälfte der Patienten zeigte sich eine Zunahme externaler Kontrollüberzeugungen, die bei einem Drittel recht bedeutsam, nämlich größer als eine halbe Standardabweichung, war. Auch eine andere Verlaufsstudie [3] weist auf einen nicht unerheblichen Anteil von negativen Verläufen hin.

Angesichts dieser unbefriedigenden Situation haben wir uns entschlossen, das Thema Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation von verschiedenen Seiten näher zu beleuchten. Wir beziehen uns dabei schwerpunktmäßig auf den Bereich der orthopädischen Rehabilitation. Zunächst geben wir einen Überblick über verschiedene Arten von möglichen vermeidbaren und unvermeidbaren Nebenwirkungen. Anschließend berichten wir über mehrere Fokusgruppen, die wir zu diesem Thema mit Rehabilitanden sowie Mitarbeitern einer orthopädischen Rehaklinik durchgeführt haben. Schließlich legen wir erste Ergebnisse aus einer schriftlichen Untersuchung an über 300 orthopädischen Rehabilitanden vor, die wir zu positiven und negativen Effekten der Rehabilitationsmaßnahme befragt haben.

Tab. 2 Anteil von Patienten, bei denen sich während der stationären Rehabilitation ungünstige Veränderungen ergaben (N = 284)

Variable	Verschlechterungen gesamt	Verschlechterungen >0,5 SD
Zunahme Ängstlichkeit (SCL)	18,4%	7,5%
Zunahme Depressivität (SCL)	23,0%	5,8%
Abnahme internaler Kontrollüberzeugungen (KKG)	39,4%	19,0%
Zunahme externaler Kontrollüberzeugungen (KKG)	52,3%	32,8%
Zunahme Fatalismus (KKG)	39,2%	18,0%
Abnahme aktives Coping	25,8%	12,5%

Vermeidbare und unvermeidbare unerwünschte Wirkungen

Manche unerwünschte Wirkung ist unvermeidlich. Jede fachgerecht ausgeführte Behandlung kann unvorhersehbare ungewöhnliche Wirkungen erzielen. Schicksalhafte Ereignisse, etwa ein epileptischer Anfall im Schwimmbassin oder ein Bandscheibenvorfall während der Physiotherapie, lassen sich nicht ausschließen. Ebenso wenig vermeiden lassen sich der Stress durch den Klinikaufenthalt, der Verlust der gewohnten häuslichen Umgebung und die Trennung von Familie und Freunden, die eine erhebliche Anpassungsleistung des Patienten erfordern. Erwerbstätige müssen gewisse wirtschaftliche Nachteile hinnehmen, und möglicherweise sinkt das Ansehen des Patienten bei Kollegen und Vorgesetzten. Unvermeidlich sind auch Spannungen im Arzt-Patienten-Verhältnis, die aus den Rollenkonflikten des Arztes als Helfer und Gutachter resultieren, mit den damit möglicherweise verbundenen ungünstigen Wirkungen auf das Outcome.

Länger ist die Liste der Faktoren, die mit vermeidbaren Nebenwirkungen in Beziehung stehen. Wir sehen drei Bereiche. Sie sind mit den Begriffen biopsychosoziales Krankheitsmodell, Patientenzentriertheit und evidenzbasierte Medizin verbunden.

Biopsychosoziales Krankheitsmodell

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wird häufig beschworen, es ist aber nach unseren Beobachtungen in der Praxis noch nicht überall angekommen. Ebenso geht es dem Krankheitsfolgenmodell der WHO, der ICF. Kuratives Denken, Behandeln statt Befähigen, Defizitorientierung statt Ressourcenorientierung stehen noch immer zu sehr im Vordergrund. Ausstattung und Therapien vermitteln in der Reha-Klinik häufig einen „heimlichen Lehrplan“: Nur aufwändige Geräte (Kältekammer, MTT), schwer beschaffbare Substanzen (Paraffin, Fango, Moor) oder ganz besondere Methoden (Craniosacrale Mobilisation) können mir helfen! Unter lernpsychologischen Gesichtspunkten wirken manche therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen als Verstärker von Krankheitsverhalten. Reha-Ziele werden wenig präzise und oft nur auf der Ebene von Schädigungen im Sinne der ICF kommuniziert.

Patientenzentriertheit

Das Bestreben und die Fähigkeit, sich in die Lebenswelt sowie in die Sichtweise und die Bedürfnisse des Patienten einzufühlen, sind häufig gering ausgeprägt. Der Patient gilt als „Laie“. Hieraus resultieren Paternalismus statt Empowerment, Verordnen statt Beraten, unnütze oder gänzlich fehlende Ratschläge (nützliche Ratschläge für den beruflichen Bereich erhielten nach eigenen Angaben im Rahmen der Patientenbefragung im Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund weniger als 40% der Patienten), unverständliche Formulierungen im Medizinjargon („diese Schiene drückt volar“) und moralische Verurteilung von Rentenwünschen. Der eigene Expertenstatus wird durch Anzweifeln woanders erstellter Diagnosen und Behandlungen, Machtdemonstrationen und Misstrauen bei frustrierten Behandlungsergebnissen unterstrichen.

Evidenzbasierte Medizin

Für die Mehrheit der therapeutischen Maßnahmen in der Rehabilitation gibt es nur geringergradige Evidenz. Dasselbe gilt für die Antworten auf viele Fragen der Patienten. Die zahlreichen

Ratschläge, die Patienten in der Rehabilitation erhalten, beruhen überwiegend auf der persönlichen Sichtweise und den Vorlieben des jeweiligen Arztes, Therapeuten oder Pflegedienstmitarbeiters. So ist es kein Wunder, dass es auch zu widersprüchlichen oder inkompatiblen Ratschlägen kommt, die der Patient von verschiedenen Experten erhält. „Schlechte Haltung“ und „falsche Bewegung“ werden von Physiotherapeuten häufig korrigiert, obwohl es kaum Studien gibt, die die schädlichen Auswirkungen dieser vermeintlichen Fehler klar belegen. Formen von Rückenschulen, bei denen es Evidenz ausschließlich für *Nicht-Wirksamkeit* gibt [4], sind nach wie vor verbreitet. Teilbelastung nach TEP, wie sie häufig empfohlen wird, ist nachweislich gar nicht einzuhalten [5]; ebenso wenig funktioniert in der Regel Gewichtsreduktion.

Weitverbreitet sind Ratschläge nach Hüftendoprothese, die helfen sollen, die gefürchteten Luxationen zu vermeiden. Luxationen treten in Deutschland bei weniger als 0,8% der Patienten mit Erstimplantation einer Hüftendoprothese im Krankenhaus auf [6]. Die Ratschläge klingen plausibel, wurden bisher aber selten auf Wirksamkeit überprüft. Zu überraschenden Ergebnissen kamen Peak et al. [7] in einer randomisierten, kontrollierten Studie an 265 Patienten, die eine zementfrei implantierte Endoprothese mit anterolateralem Zugang erhielten. Alle Patienten bekamen den Rat, für sechs Wochen das Bewegungsausmaß der Hüfte auf weniger als 90 Grad Flexion und 45 Grad Innen- und Außenrotation zu begrenzen sowie Adduktion zu vermeiden. Eine Hälfte der Patienten, die „Restriktionsgruppe“, wurde zusätzlich im Krankenhaus, in der Rehabilitation und zu Hause mit einem Abduktionskissen, erhöhten Stühlen und Toilettenstühlen versorgt. Außerdem wurde ihnen davon abgeraten, für sechs Wochen auf der Seite zu schlafen und ein Auto zu benutzen, weder als Fahrer noch als Passagier.

Sechs Monate nach OP hatte sich eine einzige Luxation ereignet, und zwar in der Restriktionsgruppe während des Transfers vom OP-Tisch ins Bett mit einem Abduktionskissen in situ. Darüber hinaus hatten Patienten der Restriktionsgruppe signifikant schlechtere Ergebnisse: Sie brauchten länger, um wieder auf der Seite zu schlafen, fuhren seltener Auto, wurden später arbeitsfähig und waren unzufriedener mit der Geschwindigkeit ihrer Rekonvaleszenz. Es ergaben sich außerdem zusätzliche Aufwendungen in Höhe von 655 Dollar pro Patient.

In der deutschen Rehabilitation untersuchten Dohnke, Hänel und Müller-Fahrnow [8] bei 100 Rehabilitanden die Verängstigung aufgrund von im Krankenhaus gegebenen Verhaltensempfehlungen nach Gelenkersatz. Die Verhaltensempfehlungen lösten bei den Patienten in unterschiedlichem Ausmaß positive wie negative Gefühle aus. Der Anteil negativer Gefühle, erhoben zu Beginn der Anschlussrehabilitation, besaß Vorhersagekraft für das (schlechtere) Outcome der Rehabilitation. Negative Gefühle waren bei der Hälfte der Patienten in schädigendem Ausmaß festzustellen.

Insgesamt werden auf diese Weise bei vielen Patienten Verunsicherung und Angst sowie in der Folge Passivität und Abhängigkeit von Experten gefördert. Dies zeigte sich auch in einer eigenen Untersuchung zum Thema „Nachsorge“. In 25 Fokusgruppen mit Reha-Patienten aus drei verschiedenen Kliniken kam in jeder Gruppe der Wunsch zur Sprache, Bewegungsübungen nur unter Anleitung von Fachleuten auszuführen, begründet mit der Angst, man könne ja so viel falsch machen [9].

Erfahrungen aus Fokusgruppen zum Thema „Nebenwirkungen“ mit Rehabilitanden und Klinikmitarbeitern

Zwischen August 2003 und Mai 2004 haben wir insgesamt vier sogenannte Fokusgruppen mit PatientInnen durchgeführt, die sich in ambulanter oder stationärer orthopädischer Rehabilitation befanden. Eine weitere Gruppe wurde mit MitarbeiterInnen der entsprechenden Klinik durchgeführt. Fokusgruppen bilden eine Variante von Gruppeninterviews. Während im letzteren Fall keine Interaktion in der Gruppe stattfindet, wird bei Fokusgruppen ein Thema durch die UntersucherInnen vorgegeben und anschließend in der Gruppe diskutiert. Dieses Vorgehen eignet sich beispielsweise zur Exploration der Datengrundlage für weitere, quantitative Untersuchungen (vgl. z. B. [10]).

Die beiden ersten Fokusgruppen mit PatientInnen waren gemischt; an ihnen nahmen zusammen 6 Frauen und 5 Männer im Alter zwischen 40 und 60 Jahren teil. Die beiden weiteren Gruppen wurden getrennt nach Geschlechtern durchgeführt; an ihnen nahmen 8 Patientinnen (24 bis 57 Jahre) sowie 5 Patienten (23 bis 61 Jahre) teil. Die Gruppen wurden von zwei der AutorInnen geleitet (CP, OM).

Nach einer kurzen Vorstellung der Gruppenleiter wurden die Ziele der Gruppe erläutert. Die TeilnehmerInnen wurden dann aufgefordert, mögliche Nebenwirkungen von Reha-Behandlungen analog zu Medikamentennebenwirkungen zu phantasieren („Welche negativen Auswirkungen könnte Rehabilitation möglicherweise haben?“). In der anschließenden Gruppendiskussion wurden zunächst alle Äußerungen der PatientInnen verstärkt. Im weiteren Verlauf griffen die Gruppenleiter dann auch strukturierend ein und fragten gezielt zu einzelnen Themen nach.

In den vier Gruppen wurden insbesondere mögliche Nebenwirkungen während der Reha-Behandlung selbst sowie auch hinsichtlich des beruflichen und familiären Umfeldes genannt (☉ **Tab. 3**). Bestimmte Themen (z. B. „Kurschatten“) wurden nur in den reinen Frauen- bzw. Männergruppen angesprochen. Insgesamt ist unser Eindruck, dass die Diskussion sich in den gemischtgeschlechtlichen Gruppen deutlich zögerlicher und weniger ergiebig gestaltete. Auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich um zufällige Selektions- oder Gruppenleitungseffekte handelt, sehen wir dies als einen Hinweis darauf an, dass es möglicherweise frauen- und männerspezifische Nebenwirkungen von Rehabilitation gibt.

Im Dezember 2004 wurde dann noch eine weitere Fokusgruppe mit MitarbeiterInnen der Klinik durchgeführt. An dieser Gruppe nahmen zwei Ärzte (Oberarzt, Assistenzarzt), eine Psychologin, 3 PhysiotherapeutInnen sowie ein Ergotherapeut teil. Die Ergebnisse finden sich ebenfalls in ☉ **Tab. 3**. Die von den MitarbeiterInnen genannten Nebenwirkungen von Reha lassen sich unter den großen Themenbereichen des Krankheitsverhaltens, der Störung der Beziehungen zu Familie, Kollegen und Hausarzt sowie der Risiken für die Partnerschaft subsumieren. Außerdem wurden besondere Risiken für bestimmte Patientengruppen (z. B. trockene Alkoholiker) angesprochen. Insgesamt bestätigte sich in der Gruppendiskussion der oben bereits angesprochene Eindruck, dass die Mitglieder des therapeutischen Teams eine Fülle von möglichen Nebenwirkungen von Rehabilitation aus der eigenen Erfahrung mit Patienten kennen. Dies steht in einem krassen Missverhältnis zu der fehlenden wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Thema.

Ergebnisse der Patientenbefragung zu positiven und negativen Effekten der Rehabilitation

Eine der AutorInnen (CP) hat im Rahmen ihrer Dissertation PatientInnen in ambulanter und stationärer orthopädischer Rehabilitation nach ihren Hoffnungen und Befürchtungen hinsichtlich der Rehabilitationsmaßnahme sowie anschließend nach 3 und 12 Monaten retrospektiv nach positiven und negativen Wirkungen befragt. Eingeschlossen wurden initial 334 PatientInnen (je zur Hälfte Frauen und Männer) im Alter von durchschnittlich 47 Jahren (SD=9,42; Bereich: 22 bis 69 Jahre). Ambulante und stationäre Rehabilitation waren zu gleichen Teilen vertreten. Die (offenen) Fragen nach positiven und negativen Wirkungen wurden am Ende eines längeren Fragebogens gestellt und lauteten: „Welchen Effekt der Reha-Maßnahme beurteilen Sie *besonders positiv*?“ bzw. „Welchen Effekt der Reha-Maßnahme beurteilen Sie *besonders negativ*?“ Hier wurde nur die Frage nach

Tab. 3 Mögliche Nebenwirkungen von Reha-Behandlungen; Ergebnisse der Fokusgruppen mit PatientInnen und MitarbeiterInnen (Themenbereiche)

PatientInnengruppen (4)	MitarbeiterInnengruppe (1)
Erhöhtes Konfliktpotenzial am Arbeitsplatz	Sensibilisierung für Beschwerden; Fixierung
Gestärktes Selbstbewusstsein führt zu Konflikten mit Vorgesetzten oder Kollegen	Krankheitsgefühl verstärkt
Desgleichen Streit mit Partner	Erlernen von „Krankheitsverhalten“ (ärztliche Information, Gespräche mit anderen Patienten)
„Kurschatten“	Halbwissen wird geschaffen
Fremdgehen des Partners zu Hause	Fixierung auf in der Klinik verordnete Medikamente
Trennung, Scheidung	Störung der Beziehung Hausarzt - Patient
Zusatzkosten der Reha-Behandlung (z. B. durch Kaffeetrinken etc.)	Zufallsdiagnose bislang nicht bekannter Erkrankungen
Heimweh, Trennung von Familie	Psychischer „Einbruch“ infolge Psychotherapie
Infektionen durch Wasseranwendungen	Stigmatisierung, wenn psychotherapeutische Behandlung bekannt wird (Familie, Freundeskreis)
Angst vor unerwarteten Diagnosen	Konflikte mit Arbeitskollegen wegen Mehrarbeit während Abwesenheit
Verschlechterung des körperlichen Zustandes durch Anwendungen	Konflikte durch Forderungen des Patienten nach leidensgerechter Arbeitsplatzgestaltung, Verweigerung bestimmter Tätigkeiten oder logistische Probleme durch stufenweise Wiedereingliederung
„Aufgemischt werden“ durch Psychotherapie	Neid von Kollegen oder Freunden auf „K-Urlaub“
Hautprobleme durch häufiges Duschen	Gestörte Familiendynamik, wenn z. B. Ehemann oder Kinder Hausarbeiten übernehmen müssen
Allergien durch Bäder	Trennung/Scheidung infolge Reha-Maßnahme („Z. n. psychosomatischer Reha“)
Überforderung durch Gruppenanwendungen (Sport)	Sonstige: Infektionsrisiken, Kosten durch gemeinsame Aktivitäten, Gruppendruck (z. B. Rückfallgefährdung bei Alkoholikern!)
Gespräche über Krankheiten führen zu übertriebener Sensibilisierung („Hineinsteigern“)	

Tab. 4 Negative Wirkungen der Reha-Behandlung; Ergebnisse der offenen Fragen nach 3 und 12 Monaten (Inhaltskategorien) bei 179 (3 Monate) bzw. 149 (12 Monate) Patienten in ambulanter oder stationärer orthopädischer Rehabilitation (Mehrfachnennungen)

Inhaltskategorie	Häufigkeit der Nennungen (3/12 Monate)	Prozent
Keine besonderen negativen Wirkungen	100/93	56/62
Erfolglosigkeit der Reha-Behandlung	17/14	9/9
Verschlechterung der Rückenschmerzen	5/3	3/2
Empfehlungen zur Selbsthilfe nicht umsetzbar	5/4	3/3
Keine berufliche Verbesserung	6/1	3/1
Stress durch ambulante Maßnahme	6/2	3/1
Reha war teuer	3/1	2/1
Sonstige (Einzelnennungen):	19/22	11/15
Verwirrung durch verschiedene Arztmeinungen		
Intiminfekt durch Wasseranwendungen		
Negative Kommentare („nicht so anstellen ...“)		
Schlechte Behandlung		
Einsamkeit, Heimweh, Trennung von Familie		
Rückstände bei der Arbeit aufarbeiten		
Arbeiten zu Hause bleiben liegen		
Spott der Arbeitskollegen		
Probleme in der Partnerschaft/Familie		
Information über Risiken hat zu übertriebener Vorsicht geführt		
Motivation ist geringer geworden		
Hoffnungslosigkeit/Resignation		
Tinnitus (= Komorbidität) verschlimmert		
Keine hinreichenden Informationen („was darf ich?“)		
Seither Kribbeln in den Füßen bzw. Ziehen in der Leiste		
Zusätzliche Schulterprobleme durch Behandlung		
Angst, wann Rückenschmerzen wieder anfangen		
Keine Angabe	34/16	19/11

besonders negativen Wirkungen ausgewertet. Zunächst wurden die offenen Antworten gesichtet und inhaltlichen Kategorien zugeordnet. Dabei ergaben sich vier allgemeine Kategorien („Verschlechterung der Rückenschmerzen“, „fehlende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit“, „Empfehlungen zur Selbsthilfe nicht umsetzbar“ und „Kosten durch die Reha-Maßnahme“). Eine weitere Kategorie („Stress durch ambulante Maßnahmen“) ist spezifisch für die ambulante Durchführungsform der Reha, die zu Doppelbelastungen führt. Die Kategorie „Erfolglosigkeit der Maßnahme“ beschreibt eher fehlende als negative Wirkungen; wir haben sie hier aber trotzdem aufgenommen. Schließlich haben viele PatientInnen bei der Frage nach negativen Wirkungen explizit vermerkt: „keine“; wir haben dies in eine eigene Kategorie eingeordnet. Schließlich fanden sich noch eine Reihe

von Einzelnennungen, die wir keiner der o. g. Kategorien zuordnen konnten. Diese finden sich unter „Sonstige“. Die Ergebnisse der offenen Frage zu negativen Wirkungen sind in **Tab. 4** aufgeführt.

Danach verneinen 56 bzw. 62 Prozent der befragten PatientInnen explizit, dass die Reha-Maßnahme auch negative Wirkungen gehabt habe. Weitere 19 bzw. 11 Prozent machen keine Angaben zu negativen Wirkungen. Ungefähr ein Viertel der befragten PatientInnen geben aber zu beiden Messzeitpunkten negative Wirkungen an und zwar zu über 90 Prozent *eine* Nebenwirkung.

Diskussion

Bislang gibt es keine Untersuchungen, die sich speziell mit der Frage nach möglichen negativen Wirkungen von medizinischer Rehabilitation befassen haben. Aus den Qualitätssicherungsprogrammen der Rehabilitationsträger sowie auch aus Reha-wissenschaftlichen Forschungsprojekten vorliegende (mit anderer Zielsetzung erhobene) Daten, die wir hier berichtet haben, lassen aber vermuten, dass Nebenwirkungen von Reha-Maßnahmen durchaus nicht selten sind. Dafür spricht auch die reichhaltige anekdotische Evidenz aus Berichten von ehemaligen Patienten und Mitarbeitern aus Rehabilitationseinrichtungen. Dies war der Hintergrund des vorliegenden Versuchs einer ersten Annäherung an dieses Thema.

Drei Bereiche stehen aus unserer (bislang eher theoretischen) Sicht im Vordergrund: Die Vermittlung eines falschen Krankheits- und Behandlungskonzept aufgrund der bis heute vorrangig somatischen Orientierung der medizinischen Rehabilitation, das asymmetrische Verhältnis zwischen Therapeuten (Ärzten) und Rehabilitanden, das eher zu passiven Behandlungserwartungen statt „Empowerment“ führt, sowie die fehlende Evidenzbasierung vieler Interventionen in der medizinischen Rehabilitation, die zu unnötigen Ängsten und Vorsichten führen kann. Keiner dieser Bereiche allerdings ist spezifisch für die Rehabilitationsmedizin; sie sind vielmehr typisch für weite Teile des medizinischen Versorgungssystems.

Fragt man sich, was die *Differentia specifica* der medizinischen Rehabilitation in Deutschland ausmacht, so wären zu nennen die weitgehend stationäre Durchführungsform im zeitlichen Block von regelhaft drei Wochen, der multidisziplinär-multimodale Ansatz sowie die starke Betonung von Bewegungstherapie, körperlichem Training und physikalischer Therapie.

Die empirischen Ergebnisse der fünf Fokusgruppen mit Patienten und Mitarbeitern einer Rehabilitationseinrichtung machen darüber hinaus deutlich, dass aus Sicht der Betroffenen Nebenwirkungen durch die Anwendungen in der Reha-Maßnahme (z. B. Zunahme von Beschwerden durch Überforderung), Probleme durch die Trennung von der Familie (z. B. Trennung infolge eines „Kurschattens“) und (befürchtete) negative Konsequenzen am Arbeitsplatz im Vordergrund stehen. Aus den Verlaufsdaten, die 3 bzw. 12 Monate nach der Reha-Maßnahme erhoben wurden, wissen wir darüber hinaus, dass Patienten außerdem darüber klagen, die in der Rehabilitation angeratenen Maßnahmen ließen sich im beruflichen oder familiären Alltag nicht umsetzen. Die meisten der hier benannten Probleme stehen im Zusammenhang mit spezifischen Aspekten der Rehabilitation, so wie wir sie in Deutschland entwickelt haben.

Dass es nicht in allen Fällen wohltuende Effekte hat, wenn Menschen, die möglicherweise über viele Jahre körperlich kaum

aktiv waren, „aus dem Stand heraus“ täglich teilweise mehrfach an bewegungstherapeutischen Maßnahmen teilnehmen (müssen), ist auch ohne sportmedizinische Fachkompetenz einsichtig. Es liegt nahe, dass die daraus in manchen Fällen resultierenden zusätzlichen Beschwerden nicht dazu beitragen, Patienten zu ausreichendem und dauerhaftem Bewegungstraining nach der Entlassung aus der Rehabilitation zu motivieren.

Die Trennung von der Familie und das Herausnehmen aus der Arbeitssituation nehmen die Möglichkeit, neues Verhalten in Alltagssituationen auszuprobieren und dann Rückmeldung über entstandene Probleme oder aufgetretene Barrieren für die Verhaltensänderung zu geben. Und zugleich wird das Risiko erhöht, dass bestehende Konflikte innerhalb der Familie oder am Arbeitsplatz noch weiter verschärft werden, mit allen daraus erwachsenden Konsequenzen.

Dies sind lediglich Beispiele für den Zusammenhang zwischen (befürchteten) negativen Wirkungen und dem spezifischen Behandlungsansatz der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Es ist nicht unsere Absicht, die Rehabilitation als eine risikoreiche oder gar gefährliche Behandlungsform zu stilisieren. Die vorliegenden Daten machen aber deutlich, dass auch diese Behandlungsform, die bis heute oft als „Kur“ apostrophiert wird (z. B. gibt es eine renommierte Fachzeitschrift, die neben anderen den Begriff „Kurortmedizin“ im Titel trägt), negative Wirkungen haben kann. Hier besteht dringender Forschungsbedarf, denn bislang können wir nicht sagen, wie häufig und welche Nebenwirkungen auftreten, wovon das Auftreten abhängig ist und wie möglicherweise negativen Wirkungen von Rehabilitation begegnet werden kann.

In der Outcome-Forschung werden Verschlechterungen in der Folge einer Reha-Behandlung häufig gar nicht sichtbar. Sie gehen in Mittelwerten unter. Daher möchten wir anregen, nicht nur Mittelwertveränderungen und Effektstärken mitzuteilen, sondern für wichtige Erfolgsindikatoren Schwellenwerte zu definieren, die es erlauben, Patienten in Gruppen von Gebesserten, Unveränderten und Verschlechterten einzuteilen (vgl. auch [3]).

Interessenskonflikt: keine angegeben.

Literatur

- 1 Märtens M, Petzold H (Hrsg.): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Grünewald, Mainz, 2002
- 2 Rietz I, Höder J, Josenhans J, et al: Ziele von Patienten, Ärzten und Therapeuten in der stationären Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten. Forschungsbericht für den Verein zur Förderung der Reha-

bilitationsforschung (vffr). Deutsche Rentenversicherung (DRV) Nord, Lübeck, 2004

- 3 Mittag O, Deck R, Raspe H: Individuelle Veränderungsverläufe („trajectories“) von Rehabilitanden mit Dorsopathien in zwei Studien. In VDR (Hrsg.), 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Rehabilitationsforschung in Deutschland vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Berlin, 2006; 115–116
- 4 Lühmann D, Kohlmann T, Raspe H: Die Evaluation von Rückenschulprogrammen als medizinische Technologie. Nomos, Baden-Baden, 1998
- 5 Jöllenbeck T, Schönle C: Die Problematik der Teilbelastungsüberschreitung in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation – Ursachen und Abhilfemöglichkeiten. In VDR (Hrsg.), 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Rehabilitationsforschung in Deutschland vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Frankfurt, 2005; 280–281
- 6 Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS-Qualitätsreport Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation www.bqs-qualitätsreport.de 2005
- 7 Peak EL, Parvizi J, Ciminiello M, et al: The role of patient restrictions in reducing the prevalence of early dislocation following total hip arthroplasty. A randomized, prospective study. J Bone Joint Surg Am 2005; 87: 247–53
- 8 Dohnke B, Hähnel H, Müller-Fahrnow W: Verängstigung aufgrund von Verhaltensempfehlungen nach Gelenkersatz: Risikofaktoren für den Rehabilitationsprozess? In VDR (Hrsg.), 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Rehabilitationsforschung in Deutschland vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Frankfurt, 302–304
- 9 Deck R, Höder J: Welche Nachsorge wollen die Patienten? Forschungsbericht für den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung (vffr). Deutsche Rentenversicherung (DRV) Nord, Lübeck, 2007
- 10 Bischof G, Deck R: Fokusgruppen: Grundlagen und Einsetzbarkeit bei der Entwicklung standardisierter Fragebögen in der Rehabilitationsforschung. Praxis Klin Verhaltensmed Rehabil 2002; 58: 142–147

Zur Person



Dr. Jürgen Höder,

Psychologischer Psychotherapeut, arbeitet seit 30 Jahren in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. Daneben hat er sich in wissenschaftlicher Arbeit und universitärer Lehre engagiert, teilweise in Zusammenarbeit mit dem Medizinpsychologischen Institut des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und dem Sozialmedizinischen Institut des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.