

4 ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNG

Die Auswahl der dargestellten empirischen Ergebnisse erfolgte mit dem Ziel, den älteren Patienten in der orthopädischen Rehabilitationsklinik differenziert und unter Berücksichtigung der Patientenperspektive vor und nach der Behandlung abzubilden und zu analysieren. Der Fokus richtet sich dabei auf jene Befunde, die aus Sicht der Gerontologie auf mögliche Defizite der Rehabilitation und Merkmale deuten, die sich über das Alter, das Befinden und die spezifische Situation des geriatrischen Patienten erklären lassen.

4.1 Probandenbeschreibung

Zunächst erfolgt eine differenzierte Beschreibung der an der Studie beteiligten Probanden anhand demographischer Angaben wie Alter, Geschlecht und Bildungsniveau [4.1.1]. Darüber hinaus lassen sich die Rehabilitanden über ihre Diagnosen, den Schweregrad der Erkrankung und die Ausprägung der Chronifizierung kennzeichnen [4.1.2].

4.1.1 Demographische Daten

Bei der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik erklärten sich 450 Rehabilitanden zur Teilnahme an der Studie bereit. Die demographischen Daten stellen sich wie folgt dar: Das Durchschnittsalter [vgl. Abbildung 11] der Probanden betrug knapp 68 Jahre.

Abb. 11: Altersverteilung der Rehabilitanden

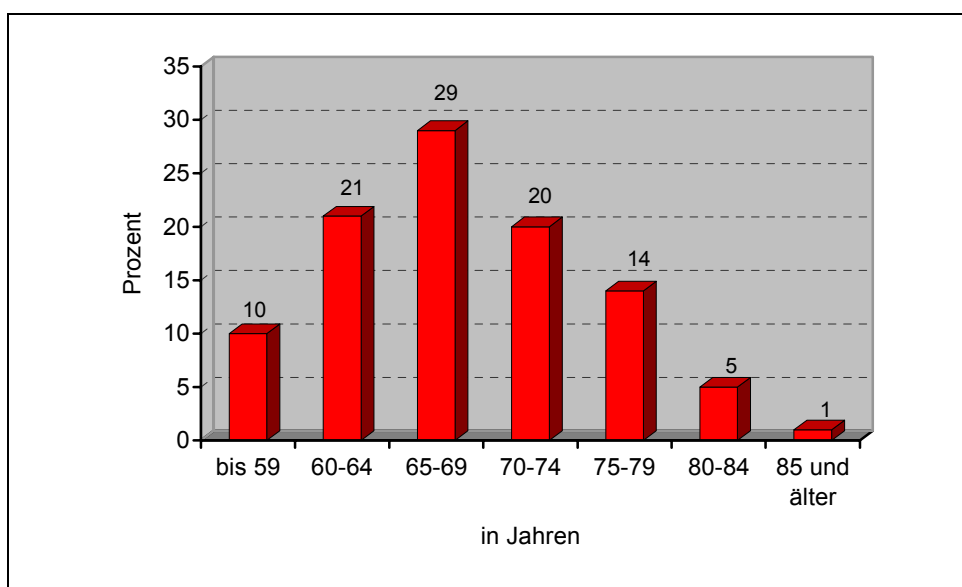


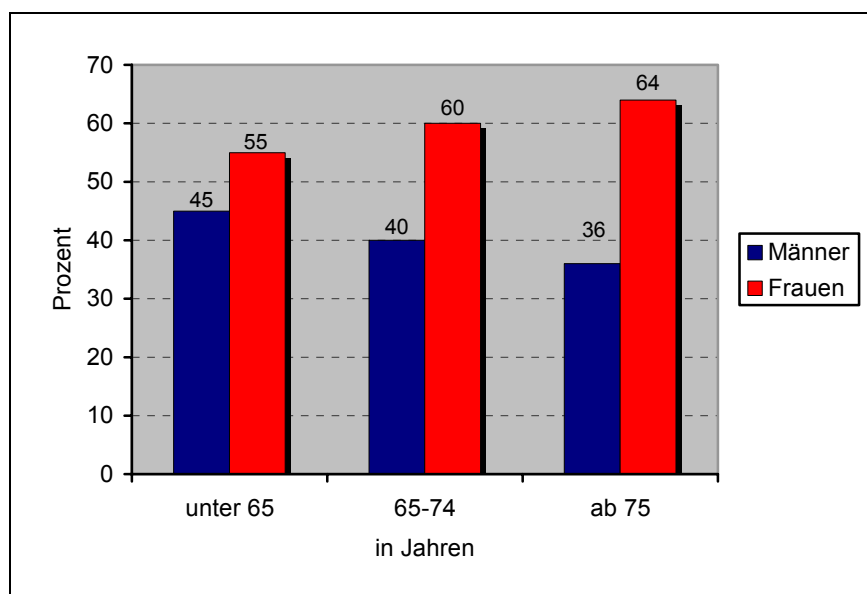
Abb. 11 zeigt die prozentuale Altersverteilung der an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Rehabilitanden (n = 450), differenziert in 5-Jahres-Gruppen.

Der jüngste Patient war 36 alt, der älteste 89 Jahre. Mehr als 90% aller Probanden hatten ein Alter von über 60 Jahren. Allein knapp 70% aller Patienten befanden sich in einem Alter zwischen 60 und 74 Jahren. Die größte Gruppe mit einem Anteil von 29% bildeten Patienten zwischen dem 65. und dem 69. Lebensjahr. Weitere 14% zählten zu den 75- bis 79-Jährigen. Die restlichen 6% der Probanden gehörten der Altersgruppe der 80- bis 84- Jährigen (5%) und der über 85-Jährigen (1%) an. Diese Altersverteilung ist nicht repräsentativ für die gesamte Klientel der Kliniken, da ausschließlich Krankenkassenpatienten in die Untersuchung einbezogen wurden [vgl. Kapitel 3.2.3].

Der geringe Anteil an jüngeren Patienten, lediglich 10% waren jünger als 60 Jahre, zeigte sich von Vorteil für die Bearbeitung der gerontologischen Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Nur drei Probanden waren keine deutschen Staatsbürger.

59% der Patienten waren weiblich, 41% männlich. *Dieses Ergebnis spiegelt das Geschlechterverhältnis der über 60-jährigen in Deutschland lebenden Bevölkerung realistisch wider, denn im Jahr 2002 waren hier 58% Frauen und 42% Männer erfasst (Statistisches Bundesamt 2003c)*¹. Differenziert nach groben Altersstufen [vgl. Abbildung 12] ist erkennbar, dass der Anteil der männlichen Probanden mit Zunahme des Alters der Patienten kontinuierlich abnimmt.

Abb. 12: Geschlechterverteilung in den groben Alterstufen



Die Abb. 12 zeigt den prozentualen Anteil weiblicher und männlicher Patienten in den drei groben Altersgruppen der Rehabilitanden (n = 450).

¹ Vergleichsdaten anderer Untersuchungen werden im folgenden Text kursiv dargestellt.

Die Ursachen liegen in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen. Insbesondere das hohe Alter zeichnet sich durch einen höheren Anteil an Frauen aus. In der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen ist das Verhältnis von Männern zu Frauen noch 1:1,2; jenseits des Alters von 85 Jahren beträgt es 1:2,6 (Baltes et al. 1996b).

Bei der Analyse der differenzierten Altersverteilung männlicher und weiblicher Probanden fanden sich in beiden Gruppen die meisten Patienten unter den 65- bis 69-Jährigen. Diese Altersgruppe setzte sich trotz des insgesamt höheren Frauenanteils (266 weibliche – 184 männliche Patienten) zu fast gleichen Anteilen aus Männern (n = 60; 32,6%) und Frauen (n = 69; 25,9%) zusammen. Die zweitgrößte Altersgruppe stellten bei den Männern die 60- bis 64-Jährigen dar, die sich noch im erwerbsfähigen Alter befanden. Bei den Frauen hingegen fand sich die zweitgrößte Gruppe bei den Älteren, 70- bis 74-Jährigen [vgl. Tabelle 9]. Direkte Rückschlüsse auf den Rehabilitationsbedarf ließen sich aus dieser Altersverteilung nicht ziehen, da die Überweisung zur Rehabilitation den Zulassungskriterien der Krankenkassen unterlag.

Tab. 9: Differenzierte Altersverteilung der männlichen und weiblichen Probanden

| Geschlecht des Patienten | | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------------|---------------|------------|--------------|
| männlich | unter 60 | 13 | 7,1 |
| | 60-64 | 50 | 27,2 |
| | 65-69 | 60 | 32,6 |
| | 70-74 | 28 | 15,2 |
| | 75-79 | 23 | 12,5 |
| | 80-84 | 7 | 3,8 |
| | ab 85 | 3 | 1,6 |
| | Gesamt | 184 | 100,0 |
| weiblich | unter 60 | 31 | 11,7 |
| | 60-64 | 46 | 17,3 |
| | 65-69 | 69 | 25,9 |
| | 70-74 | 61 | 22,9 |
| | 75-79 | 40 | 15,0 |
| | 80-84 | 16 | 6,0 |
| | ab 85 | 3 | 1,1 |
| | Gesamt | 266 | 100,0 |

Tab. 9 zeigt die Altersverteilung unter den männlichen und weiblichen Patienten (n = 450) als absolute Zahl und in Prozent, gegliedert in 5-Jahres-Gruppen.

Auf die Frage nach ihrem höchsten Bildungsabschluss gaben 9% der antwortenden Probanden „keinen Schulabschluss“ an, fast drei Viertel besaßen den Hauptschulabschluss und

10% besuchten die Schule bis zur mittleren Reife. Nur 18 Patienten (5%) hatten eine (Fach-) Hochschulreife oder einen abgeschlossenen Fach-/Hochschulabschluss. Neun Personen konnten sich mit den vorgegebenen Antworten nicht identifizieren und machten eigene Angaben zu ihrem Bildungsstand. Fünfmal wurde dabei eine abgeschlossene Meisterschule angegeben.

Im Vergleich zur über 60-jährigen Bevölkerung Deutschlands lassen sich zwei wichtige Unterschiede zu den Probanden der Studie feststellen [vgl. Abbildung 13]. Erstens hat innerhalb der Stichprobe ein bedeutend größerer Anteil der Patienten keinen Schulabschluss (9%) als dies in der Allgemeinbevölkerung dieser Altersklasse der Fall ist (2,2%). Zweitens haben 9,9% aller in Deutschland lebenden über 60-Jährigen das Abitur, aber nur 0,8% der Studienteilnehmer das (Fach-)Abitur. Auch die mittlere Reife, der Fach-/Hochschulabschluss und die Postgraduierung wurden gegenüber der Gesamtbevölkerung Deutschlands von einem geringeren Prozentsatz der Patienten erreicht (Statistisches Bundesamt 2003a).

Abb. 13: Bildungsniveau der Probanden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

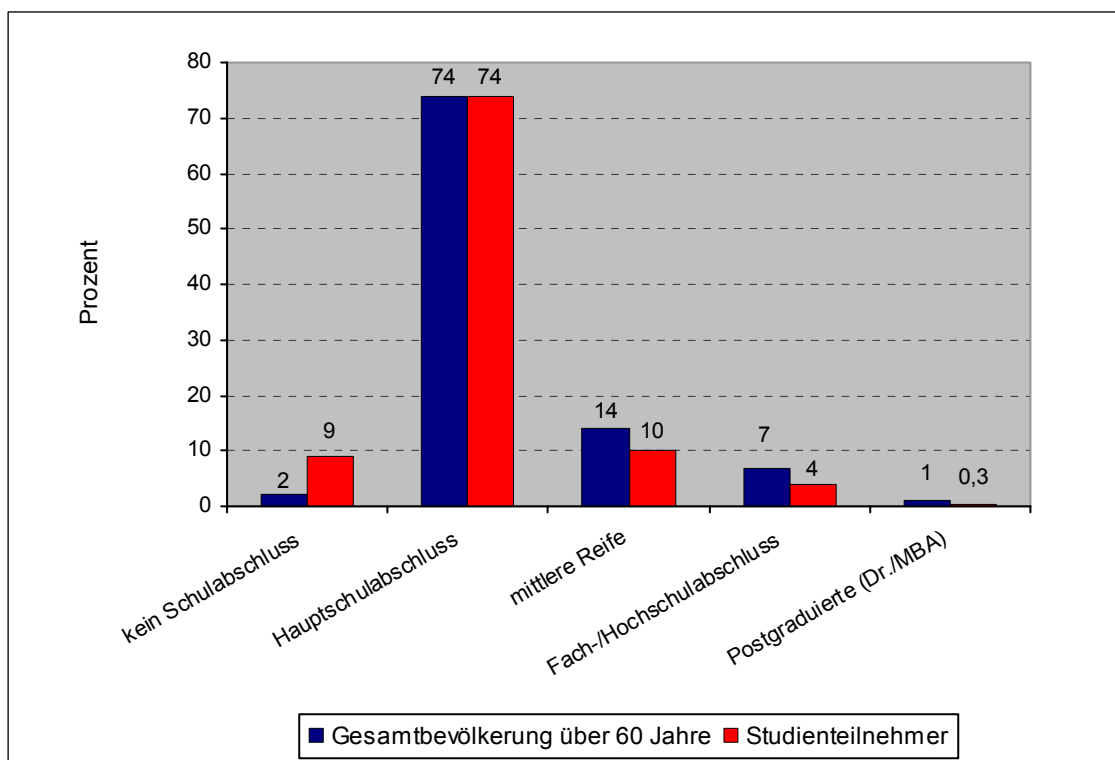


Abb. 13 vergleicht das Bildungsniveau der auf diese Frage antwortenden Rehabilitanden (n = 385) mit dem der Gesamtbevölkerung über 60 Jahren in der prozentualen Verteilung auf sechs Bildungsstufen.

Es zeigte sich ein deutlich höheres Bildungsniveau bei den älteren Probanden als bei den jüngeren. Der Anteil mit mittlerer Reife war bei den über 75-Jährigen mehr als doppelt so

hoch (14,9%) im Vergleich zu den unter 65-Jährigen (6,3%). Eine (Fach-)Hochschulreife oder einen (Fach-)Hochschulabschluss hatten fast dreimal so viele über 75-Jährige (3,0; 7,5%) als die unter 65-Jährigen (0,8; 3,1%).

Aus geschlechtsspezifischer Sicht ergab sich folgendes Bild: Bei den Männern hatte ein geringfügig höherer Anteil gegenüber den Frauen keinen bzw. den Hauptschulabschluss. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich jedoch bei der mittleren Reife. Während immerhin 13,4% aller Patientinnen diesen Bildungsabschluss erreichten, war es bei den männlichen Probanden mit 6,2% weniger als die Hälfte. Die (Fach-)Hochschulreife erhielten nur 1,9% der männlichen und gar keine weiblichen Patienten. Einen Fach- bzw. Hochschulabschluss oder eine Postgraduierung erlangten 3,5% der Frauen und 5% der Männer.

Wie nach dem hohen Durchschnittsalter von 68 Jahren zu erwarten war, stand ein sehr großer Teil der Antwort gebenden Probanden (96,7%) nicht mehr im Erwerbsleben. Ein Anteil von 65,6% war zum Zeitpunkt der ersten Befragung altersberentet und 53 Patienten (12,6%) gaben an, aus Krankheitsgründen eine Rente zu erhalten. 78 Patientinnen (18,5%) kreuzten die Antwort »Hausfrau« an. Zwei Personen waren arbeitslos, die restlichen 2,8% der Probanden (14) gingen entweder einer selbstständigen Tätigkeit nach (0,2%), waren Angestellte bzw. Beamte (0,9%) oder Arbeiter (1,7%). Selbst in der Gruppe der unter 65-Jährigen war der Anteil der Beschäftigten mit 6,7% gering.

Für die 61 Patienten, die nicht bereit oder in der Lage (Rehabilitationsabbrüche) waren, an der Studie teilzunehmen, wurden soziodemographische Angaben zum Alter und Geschlecht dokumentiert. Diese Non-responder setzten sich aus fast einem Drittel Männer und zwei Drittel Frauen zusammen. Das Durchschnittsalter lag bei etwas über 69 Jahren, der Median bei 71 Jahren. Der jüngste Patient war 16, der älteste 90 Jahre alt. Gegenüber den eigentlichen Studienteilnehmern waren die Non-responder geringfügig älter.

4.1.2 Erkrankung und Schwere der Erkrankung

Die Diagnosen der Probanden wurden auf den Befundbögen, nach ICD-10 kodiert, dokumentiert. Insgesamt enthielten die von Ärzten ausgefüllten 493 Befundbögen 58 verschiedene Erstdiagnosen. Diese hohe Zahl kam u. a. durch unterschiedlich tiefe Verschlüsselungsebenen zustande, so dass in der weiteren Datenanalyse die Diagnosen in Gruppen zusammengefasst wurden [vgl. Tabelle 10].

Dem höheren Alter der Probanden entsprechend ergaben sich folgende typische Diagnosen: postoperative und nicht operierte Hüftgelenkerkrankungen sowie Kniegelenkerkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen ohne Frakturen, Wirbelsäulenfrakturen, Oberschenkelhalsfrakturen sowie sonstige Erkrankungen. Mit 57,2% (282 Fälle) stellten die beiden Diagnosegrup-

pen mit postoperativen Gelenkerkrankungen (Hüftgelenkerkrankungen: 35,1% und Kniegelenkerkrankungen: 22,1%) mehr als die Hälfte aller Diagnosen. Zu den größeren Gruppen gehörten die Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen, die 24,7% (122 Fälle) ausmachten, sowie die mit Oberschenkelhalsfrakturen (n = 28; 5,5%).

Tab. 10: Häufigkeit der Diagnosegruppen bei Aufnahme

| Diagnosegruppe | Häufigkeit absolut | Häufigkeit prozentual (gültige Prozente) |
|---------------------------------------|--------------------|--|
| Hüftgelenkerkrankungen postoperativ | 173 | 35,1 |
| Hüftgelenkerkrankungen nicht operiert | 11 | 2,2 |
| Kniegelenkerkrankungen postoperativ | 109 | 22,1 |
| Kniegelenkerkrankungen nicht operiert | 10 | 2,0 |
| Wirbelsäulenerkrankungen ohne Fraktur | 122 | 24,7 |
| Wirbelsäulenfrakturen | 5 | 1,0 |
| Oberschenkelhalsfrakturen | 28 | 5,7 |
| sonstige Erkrankungen | 35 | 7,1 |
| Gesamt | 493 | 100 |

Tab. 10 zeigt die Verteilung der ärztlich untersuchten Rehabilitanden (n = 493) auf die gebildeten Diagnosegruppen in Prozent und als absolute Zahl.

In diesem Spektrum spiegeln sich einerseits die Folgeerscheinungen von Arthrosen¹ und andererseits das Krankheitsbild der Dorsopathien² wider, die beide zu den häufigsten Gesundheitsstörungen überhaupt gehören. Die Punktprävalenz der Dorsopathien beträgt in der erwachsenen Bevölkerung 30% bis 40%. Die Prävalenz klinisch festgestellter Arthrosen wird mit etwa 12% bei 20- bis 75-Jährigen angegeben, wobei dieses chronische Krankheitsbild vor allem ein Problem des höheren Alters darstellt (Deck/ Kohlmann 2002). Die Zahl der – in der Probandengruppe ebenfalls diagnostizierten – Oberschenkelhalsfrakturen beträgt deutschlandweit über 135.000 pro Jahr und die Inzidenz liegt bei den über 65-Jährigen bei knapp 1.000 pro 100.000 pro Jahr (Pfeiffer et al. 2001).

¹ „Bei den (Osteo-)Arthrosen handelt es sich um Gelenkerkrankungen, die durch lokale degenerative Veränderungen an Knorpel, Knochen und Bindegewebssteilen verschiedener Gelenke gekennzeichnet sind. Die Betroffenen leiden unter Schmerzen, Muskelverspannungen, Bewegungseinschränkungen und Schwellungen im Bereich der betroffenen Gelenke“ (Deck/ Kohlmann 2002, S. 326).

² „Unter dem Begriff »Dorsopathien« (Rückenleiden) werden eine Reihe unterschiedlicher Krankheitssyndrome zusammengefasst. Sie manifestieren sich an den knöchernen Strukturen, Gelenken, Muskeln und Nerven im Bereich der Wirbelsäule, ihre Primärsymptome sind Schmerzen und Funktionseinschränkungen“ (Deck/ Kohlmann 2002, S. 329).

In die Berechnungen der vorliegenden Untersuchung wurden bei der Differenzierung nach Diagnosen nur die vier häufigsten Krankheiten – postoperative Hüft- und Kniegelenkerkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen sowie die Oberschenkelhalsfrakturen – einbezogen. Die Gruppe der sonstigen Diagnosen (35 Fälle; 7,1%) wurde aufgrund der Heterogenität der Erkrankungen vernachlässigt. Unter anderem subsumierte diese Gruppe folgende Diagnosen: Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate (nicht näher bezeichnet), chronische Polyarthrit, Schulterläsionen, sonstige Arthrosen, Rheumatismus (nicht näher bezeichnet), Fraktur im Bereich der Schulter, Patellafraktur, akute Poliomyelitis, Polymyalgia rheumatica, Osteoporose mit pathologischer Fraktur, Knochennekrose, Ulnafraktur, Sprunggelenkfraktur, Folgen von Verletzungen der oberen Extremität (ohne nähere Angabe) sowie Verschlüsselungen, die keiner ICD-10 Diagnose entsprachen.

Die Analyse (n = 432) hinsichtlich der Verteilung der vier häufigsten Diagnosen auf verschiedene Altersgruppen [vgl. Tabelle 11] zeigte, dass die älteren Patienten im Verhältnis seltener aufgrund von Rückenschmerzen und weitaus häufiger aufgrund von Oberschenkelhalsfrakturen in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen wurden.

Tab. 11: Verhältnis von ICD-Diagnosen und Altersklassen

| Alters-klasse | | Hüfte post-OP | Knie post-OP | Wirbelsäulen-erkrankungen | Oberschenkel-halsfrakturen | Gesamt |
|---------------|---------------|----------------|----------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|
| unter 65 | Anzahl | 34 | 21 | 64 | 4 | 123 |
| | Alter | 27,6% 19,7% | 17,1% 19,3% | 52,0% 52,5% | 3,3% 14,3% | 100,0% 28,5% |
| 65-74 | Anzahl | 99 | 56 | 48 | 7 | 210 |
| | Alter | 47,1% 57,2% | 26,7% 51,4% | 22,9% 39,3% | 3,3% 25,0% | 100,0% 48,6% |
| ab 75 | Anzahl | 40 | 32 | 10 | 17 | 99 |
| | Alter | 40,4% 23,1% | 32,2% 29,4% | 10,1% 8,2% | 17,2% 60,7% | 100,0% 22,9% |
| Gesamt | Anzahl | 173 | 109 | 122 | 28 | 432 |
| | Alter | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tab. 11 zeigt das Verhältnis der vier gebildeten Hauptdiagnosegruppen zu den Altersklassen, unterteilt in drei Altersgruppen, in Prozent und als absolute Zahl (n = 432). Die Angaben im oberen linken Teil der gespaltenen Zellen weisen den Anteil der Diagnose in der jeweiligen Altersklasse auf. Im rechten unteren Teil der Zellen ist die prozentuale Verteilung der ICD-Diagnosen in Bezug auf die Altersklassen abzulesen.

Insgesamt 22,9% der Patienten waren 75 Jahre und älter ($n = 99$). Während bei den Wirbelsäulenerkrankungen ohne Frakturen nur 8,2% der Patienten dieser Altersgruppe zugehörten, lag ihr Anteil bei der Diagnose Oberschenkelhalsfraktur hingegen bei mehr als der Hälfte (60,7%) aller daran erkrankten Patienten. In der Gruppe der unter 65-Jährigen ($n = 123$; 28,5%) präsentierte sich ein gegensätzliches Bild. Über die Hälfte (52,5%) der Patienten mit einer Wirbelsäulenerkrankung kamen aus der Altersgruppe der unter 65-Jährigen. In der Patientengruppe mit einer Oberschenkelhalsfraktur waren sie nur mit einem Anteil von 14,3% vertreten. Die häufigste Diagnose in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen war damit die Wirbelsäulenerkrankung (52%). In der ältesten Gruppe wurde hingegen mit 40,4% am häufigsten der postoperative Zustand nach Hüftgelenkersatz diagnostiziert. Letztgenannte Diagnose wurde durch die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mit 57,2% am häufigsten belegt. In dieser Altersgruppe ($n = 210$) trat, ebenso wie in der Gruppe der unter 65-Jährigen, die Diagnose Oberschenkelhalsfraktur mit einem Anteil von 3,3% seltener auf. Die altersspezifische Verteilung der Diagnosen erwies sich als hoch signifikant¹ ($p < 0,001$).

Eine charakteristische Altersabhängigkeit wird sowohl für die Dorsopathien als auch für die Arthrosen und Oberschenkelhalsfrakturen beschrieben. Die bereits im jüngeren Lebensalter vergleichsweise hohe Prävalenz der Dorsopathien erreicht bei Frauen etwa im fünften und bei Männern im sechsten Lebensjahrzehnt ihr Maximum, um dann im höheren Lebensalter wieder abzufallen. Währenddessen weisen die Arthroseerkrankungen einen markanten Altersgradienten auf. Diese degenerativen Gelenkveränderungen finden sich bei nur etwa 4% der 20-Jährigen gegenüber 80% der über 70-Jährigen (Deck/ Kohlmann 2002). Untersuchungsergebnisse der Berliner Altenstudie geben die Prävalenz der mittel- bis schwergradigen Osteoarthrosen mit 31,6%, die Gesamtprävalenz aller Osteoarthrosen mit 54,8% an (Steinhagen-Thiessen/ Borchelt 1996). Somit sind Gelenkerkrankungen die häufigsten Erkrankungen bei älteren Menschen, sowohl in der Bevölkerungsgruppe der 65- bis 79-Jährigen als auch in der Gruppe der über 80-Jährigen (Schneekloth et al. 1996).

Bei den untersuchten Rehabilitanden verteilten sich postoperative Hüftgelenkerkrankungen annähernd gleich auf die Geschlechter (52% Frauen; 48% Männer). Bei den postoperativen Kniegelenkerkrankungen wie auch bei den Wirbelsäulenerkrankungen ohne Frakturen stellten die Frauen hingegen zwei Drittel (68,8% und 69,7%) der Erkrankten. Unter Berücksichtigung der vier wichtigsten Diagnosen [vgl. Tabelle 12] wurde in der Gruppe der weiblichen Patienten ($n = 259$) mit 32,8% die Wirbelsäulenerkrankung (21,4% aller Männer) am häufigsten diagnostiziert. Bei den Männern ($n = 173$) war indessen der Zustand nach postoperati-

¹ Signifikanz auf einem Niveau von unterhalb 0,01 bedeutet, dass bei wiederholter Untersuchung mit einer vergleichbaren Stichprobe dieser Zusammenhang zu 99% wieder besteht bzw. dass die Möglichkeit des Zufalls unter 0,1% liegt.

dem Hüftgelenkersatz mit 52% die häufigste Diagnose (32% der Frauen). Diese geschlechterspezifische Diagnoseverteilung war hoch signifikant ($p < 0,001$).

Tab. 12: Verhältnis von ICD-Diagnosen und Geschlecht

| ICD-Diagnose | männlich n = 173 | weiblich n = 259 | Gesamt |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Hüfte post-OP (n = 173) | 52,0% 52,0% | 32,0% 48,0% | 40,0% 100,0% |
| Knie post-OP (n = 109) | 19,7% 31,2% | 29,0% 68,8% | 25,2% 100,0% |
| Wirbelsäulenerkrankungen (n = 122) | 21,4% 30,3% | 32,8% 69,7% | 28,2% 100,0% |
| Oberschenkelhalsfrakturen (n = 28) | 6,9% 42,9% | 6,2% 57,1% | 6,5% 100,0% |
| Gesamt (n = 432) | 100,0% 40,0% | 100,0% 60,0% | 100,0% 100,0% |

Tab. 12 zeigt das Verhältnis der Diagnosegruppen zu weiblichen und männlichen Probanden (n = 432) in Prozent. Die Angaben in den rechten unteren Teilen der Zellen zeigen den Anteil der männlichen und weiblichen Rehabilitanden in Bezug auf die Diagnose; die Angaben der linken oberen Teile der Zellen weisen die Verteilung der Patientinnen und Patienten bezüglich aller ICD-Diagnosen auf.

In aktuellen Untersuchungen werden für Frauen fast durchgängig höhere Prävalenzen angegeben, sowohl für Dorsopathien als auch für radiologisch gesicherte Arthrosen (letztere insbesondere nach dem fünften Lebensjahrzehnt). Darüber hinaus weisen Frauen bei beiden Krankheitsbildern eine höhere Krankheitsschwere auf (Deck/ Kohlmann 2002).

Der Diagnose entsprechend konnte von den Ärzten eine Einteilung des Schweregrades von leicht, mittel oder schwer vorgenommen werden. Dazu wurden in 397 Fällen (77,8%) Angaben gemacht. Die behandelnden Ärzte stufte über die Hälfte der Patienten (234 = 61,2%) als mittleren Schweregrad ein. In 95 Fällen (23,9%) stellten sie einen leichten Schweregrad der Erkrankung fest. Mit 59 Fällen (14,9%) bildete die Gruppe der schweren Erkrankungen die kleinste Gruppe. Ein geringerer Anteil an schweren Fällen war zu erwarten, da solche häufig nicht zur Rehabilitation zugelassen werden. Schwere Erkrankungen traten zu 16% in der Gruppe der Rehabilitanden mit postoperativen Kniegelenkerkrankungen auf und zu 10,5% in der Gruppe der postoperativen Hüftgelenkerkrankungen.

Tendenziell lag, differenziert nach Geschlecht, die gleiche Schweregradverteilung vor. Allerdings war der Anteil der mittelschwer Erkrankten mit 64,8% bei den Frauen höher als bei den Männern (56,5%). Bei Letzteren traten hingegen mehr schwere Erkrankungen (20%) als bei

den weiblichen Rehabilitanden auf, bei denen der Anteil nur 11% betrug. Das Verhältnis von Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung war signifikant¹ ($p = 0,041$).

Bei der altersdifferenzierten Analyse stellten mittelschwere Erkrankungen ebenfalls über alle Altersgruppen hinweg die größte Gruppe [vgl. Abbildung 14]. Diese Verteilung mit einem höheren Anteil an mittelschweren Graden wurde mit zunehmendem Alter der Patienten bis zum 84. Lebensjahr (80- bis 84-Jährige = 75%) immer deutlicher. Die Verteilung zwischen leichtem und schwerem Erkrankungsgrad war in der Gruppe der unter 60-Jährigen (je 20,8%) und bei den 75- bis 79-Jährigen (je 15,4%) ausgewogen. Die drei Altersgruppen zwischen 60 und 74 Jahren wiesen mehr leichte als schwere Erkrankungsgrade auf. Ab dem 80. Lebensjahr wechselte diese Verteilung. Insgesamt konnte eine Tendenz der Zunahme an schweren Erkrankungen mit steigendem Alter festgestellt werden.

Abb. 14: Schweregrad der Haupterkrankung, differenziert nach Alter

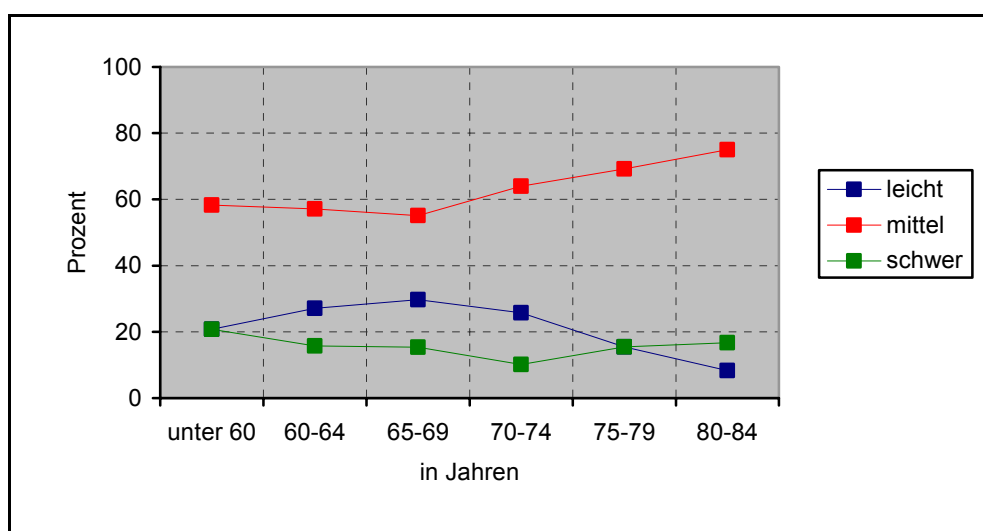


Abb. 14 zeigt die altersdifferenzierte Verteilung der Haupterkrankung der teilnehmenden Rehabilitanden ($n = 390$) nach Schweregraden.

Die Chronifizierung der Haupterkrankung wurde in vier Ausprägungen dargestellt: das Akutereignis, die Chronifizierung weniger als 1 Jahr bis 2 Jahre, die Chronifizierung 3 bis 5 Jahre sowie über 5 Jahre. Während ein Akutereignis lediglich bei 7,8% aller Probanden vorlag, verteilten sich die Patienten mit einer Chronifizierung ihrer Erkrankung zu jeweils ca. einem Drittel auf die drei Ausprägungsstufen (<1 Jahr bis 2 Jahre = 32,9%; 3 bis 5 Jahre = 27,8%; >5 Jahre = 31,4%). Dieser Befund des geringen Anteils an Akutereignissen und der gleich-

¹ Signifikanz auf einem Niveau unterhalb von 0,05 bedeutet, dass bei wiederholter Untersuchung mit einer vergleichbaren Stichprobe, dieser Zusammenhang zu 95% wieder besteht bzw. dass die Möglichkeit des Zufalls unter 0,5% liegt.

mäßigen Verteilung der Chronifizierung innerhalb der restlichen Gruppen bildete sich bei der altersdifferenzierten Analyse in allen Gruppen bis zum 79. Lebensjahr in ähnlicher Weise ab. Die 37 Patienten mit einem Akutereignis waren insbesondere in den Altersgruppen 75 bis 79 Jahre (n = 9), 60 bis 64 Jahre (n = 8) sowie 65 bis 69 Jahre (n = 8) zu finden. Es war keine Tendenz erkennbar, dass in höheren Altersstufen eine längere Chronifizierung bei den Patienten vorlag. Die differenzierte Auswertung der Altersgruppe der unter 60-Jährigen zeigte einen auffällig hohen Patientenanteil (42,2%) mit einer über 5 Jahre vorliegenden Chronifizierung (3 bis 5 Jahre = 31,1%; <1 Jahr bis 2 Jahre = 26,7%; Akutereignis 0%). Das Verhältnis von Alter und Chronifizierung der Erkrankung erwies sich als nicht signifikant ($p = 0,356$).

4.2 Ergebnisse aus gerontologischer und geriatrischer Perspektive

Nach der differenzierten Beschreibung der untersuchten Patienten folgen wesentliche Befunde aus der ärztlichen Einschätzung und der Patientenbefragung. So werden Aktivitätsstörungen und Gesundheitsstörungen sowie deren Veränderung im Rehabilitationsverlauf in den Kapiteln 4.2.1 und 4.2.2 anhand medizinischer Befunde dargestellt. Kapitel 4.2.3 beinhaltet Angaben der Patienten zu persönlichen Ressourcen sowie zu Umweltressourcen [4.2.4] beschrieben. Die Patientenperspektive der Rehabilitanden wird durch die Deskription der Ergebnisse zur Lebensqualität [4.2.5], differenziert nach »Allgemeiner Lebensqualität« [4.2.5.1] und nach »Gesundheitsbezogener Lebensqualität« [4.2.5.2], deutlich. Mit welchen Zielen die Patienten die Rehabilitation antraten und in welchem Ausmaß diese nach Beendigung der Maßnahme erreicht wurden [4.2.6], zeigen ebenfalls Befunde aus der Patientenbefragung.

4.2.1 Aktivitätsstörungen

Der objektive Gesundheitszustand und die Aktivitätsstörungen wurden anhand verschiedener Parameter bei Aufnahme und Entlassung ermittelt, um Veränderungen durch die Rehabilitationsmaßnahmen darzustellen¹. Analog der ICDH-2 wurden Aktivitäten des Lernens, Aktivitäten der Kommunikation, elementare Bewegungsaktivitäten/Handhabung von Gegenständen, Aktivitäten der Fortbewegung, Aktivitäten der Selbstversorgung, häusliche Aktivitäten, interpersonelle Aktivitäten, Aufgabenbewältigung/ bedeutende Lebensaktivitäten erfasst².

¹ Methodenhinweis: Für die Bewertung von Aktivitätsparametern konnte eine Einschätzung von 0 = keine oder unerhebliche Beeinträchtigung bis 4 = vollständige Beeinträchtigung dokumentiert werden.

² Methodenhinweis: Aus diesen einzelnen Werten wurde ein Summenscore gebildet. Es konnten Werte zwischen 0 und 32 auftreten, wobei 0 für keine oder unerhebliche Beeinträchtigung in allen Aktivitäten und 32 für eine vollständige Beeinträchtigung in allen Aktivitäten stand.

Eine Verbesserung des Aktivitätsstatus wurde in 84,6% der gültigen Fälle ermittelt, in 14,3% konnte keine Verbesserung festgestellt werden und in 1,1% verschlechterte sich der Aktivitätsstatus. Dies entspricht ausgehend vom Zeitpunkt T1 einer Mittelwertreduktion von 11,97 ($\pm 5,7$) auf 7,91 ($\pm 4,5$) zum Zeitpunkt T2.

Eine altersdifferenzierte Auswertung zeigte, dass in der Gruppe der unter 65-Jährigen der Anteil der Patienten ohne Verbesserung (unter 60-Jährige = 34,1%; 60- bis 64-Jährige = 25,6%) wie auch mit Verschlechterung (60- bis 64-Jährige = 2,2%) am größten war. Umgekehrt enthielt die Gruppe der über 74-Jährigen den größten Anteil an Patienten mit einer Verbesserung des Aktivitätsstatus (von 89,7% bei den 75- bis 79-Jährigen und 100% bei den über 85-Jährigen). Bei der Bewertung dieses hoch signifikanten ($p < 0,001$) altersspezifischen Ergebnisses zum Aktivitätsstatus war der insgesamt bessere Aktivitätsstatus der jüngeren Altersgruppen bei Aufnahme zu berücksichtigen [vgl. Abbildung 15].

Abb. 15: Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Entlassung differenziert nach Alter

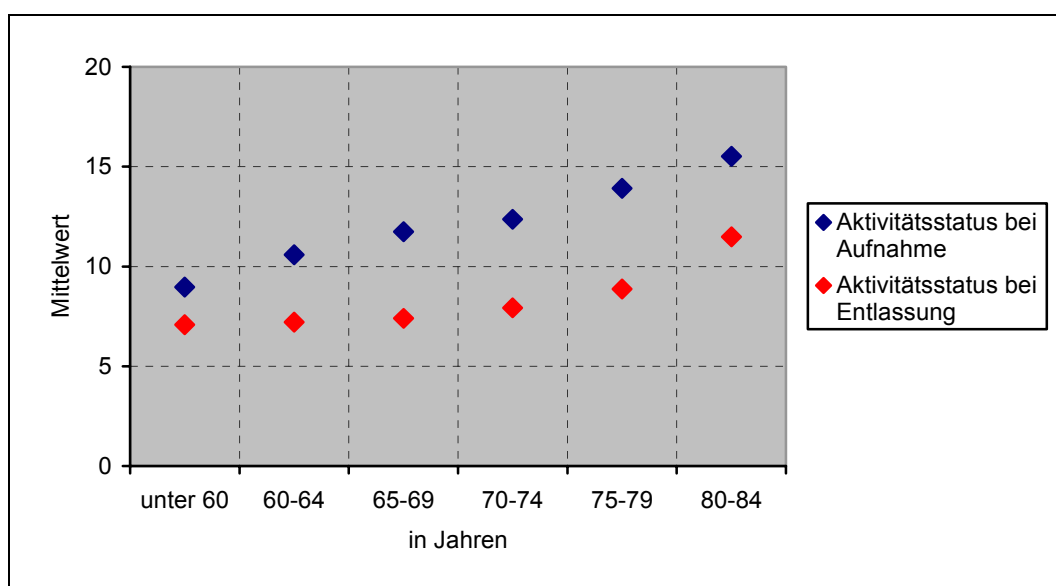


Abb. 15 zeigt den altersspezifischen Summenscore des Aktivitätsstatus der Rehabilitanden ($n = 438$) als Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung.

Während der Mittelwert des Summenscores in der Gruppe der unter 60-Jährigen bei 8,96 ($\pm 5,2$) lag, erreichte er über einen kontinuierlichen Anstieg in jeder Altersgruppe bei den 80- bis 84-Jährigen einen Wert von 15,5 ($\pm 5,1$). Bei Entlassung lag in den einzelnen Altersgruppen unter 70 Jahren der mittlere Summenscore für den Aktivitätsstatus zwischen 7,07 ($\pm 5,0$) und 7,40 ($\pm 4,5$). Bei den Gruppen zwischen 70 und 79 Jahren fand sich dieser Wert mit 7,91 ($\pm 3,9$) und 8,86 ($\pm 4,5$) mäßig über den Werten der Jüngeren. Lediglich die 80- bis 84-

Jährigen wiesen einen deutlich höheren Mittelwert von 11,48 (\pm 4,9) auf, der aber trotzdem im Vergleich zur Aufnahme (15,51 \pm 5,1) für eine Verbesserung stand.

Geringere Fortschritte bei den unter 65-Jährigen lassen sich ferner durch eine unterschiedliche Verteilung der Diagnosen auf die Altersgruppen erklären. Die Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen (ohne Frakturen) zeigten in 38,7% keine Besserung des Aktivitätsstatus. Diese Diagnosegruppe stellte 88% (!) der Fälle ohne Verbesserung des Aktivitätsstatus und ist bei den unter 65-Jährigen überproportional vertreten. 46% dieser Altersgruppe hatten diese Diagnose, verglichen mit 26% der Stichprobe. Die Gruppen der Patienten mit postoperativen Hüft- und Kniegelenkdiagnosen zeigten mit 97,3% und 96% gleich hohe Anteile an Verbesserung des Aktivitätsstatus, die (kleinere) Gruppe mit Oberschenkelhalsfraktur wies sogar zu 100% eine Verbesserung auf. Dies war die Gruppe mit dem schlechtesten Aktivitätsstatus bei Aufnahme, gefolgt von Patienten mit postoperativen Hüft- und Kniegelenkerkrankungen, die in etwa gleich lagen. Das Verhältnis von Verbesserung, Verschlechterung und Stagnation in Abhängigkeit von der Diagnose war hoch signifikant ($p > 0,001$).

Im Mittelwertvergleich stellte sich dieser Befund zum Aktivitätsstatus wie folgt dar [vgl. Abbildung 16]. Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen hatten bei Aufnahme mit Abstand die niedrigsten Mittelwerte von 8,49 (\pm 5,4) und können diese innerhalb der Rehabilitation lediglich auf 6,68 (\pm 4,8) senken.

Abb. 16: Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Entlassung differenziert nach ICD-Diagnose

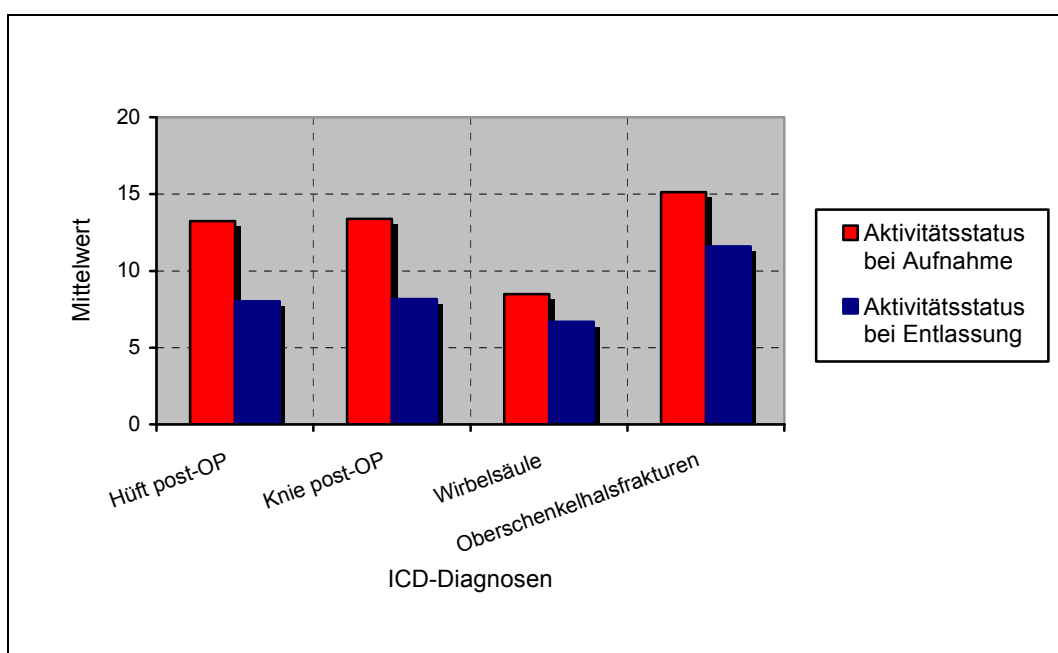


Abb. 16 zeigt den Summenscore des Aktivitätsstatus als Mittelwert zu den Zeitpunkten der Aufnahme und der Entlassung der Rehabilitanden ($n = 383$) bezüglich der ICD-Diagnosen.

Wesentlich schlechtere Ausgangswerte zeigten Patienten mit den Diagnosen Zustand postoperativ nach Hüftgelenkersatz ($13,24 \pm 5,0$) und Kniegelenkersatz ($13,38 \pm 5,6$). Die Mittelwerte des Aktivitätsstatus konnten nach der 3- bis 4-wöchigen Rehabilitation bis auf das Niveau der Aufnahmewerte bei Wirbelsäulenerkrankungen angeglichen werden ($8,02 \pm 4,0$; $8,16 \pm 4,6$). Entsprechend der prozentualen Veränderungswerte wiesen Patienten mit Oberschenkelhalsfraktur die schlechtesten Befunde zum Aktivitätsstatus bei Aufnahme zur Rehabilitation ($15,13 \pm 5,1$) auf, die aber immerhin bis zur Entlassung auf $11,60 (\pm 5,6)$ herabgesetzt werden konnten.

Bei der Analyse einzelner Aktivitätsparameter [vgl. Tabelle 13] zeigte sich hinsichtlich der Aktivitäten des Lernens und der Kommunikation bei recht guten Aufnahmewerten (45,8% ohne Beeinträchtigung; 23,7% geringe Beeinträchtigung des Lernens, 50,8% ohne Beeinträchtigung; 26% geringe Beeinträchtigung der Kommunikation) eine nur geringe Anzahl von Patienten mit Verbesserungen (Aktivitäten des Lernens 25,9%; der Kommunikation 23,4%).

Tab. 13: Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Veränderung bei Entlassung

| Angaben in gültigen Prozenten | Beeinträchtigung der Aktivitäten bei Aufnahme | | | | Veränderung bei Entlassung | |
|---|---|---------|--------|---------|----------------------------|--------------------|
| | keine | geringe | mäßige | schwere | Verbesserung | keine Verbesserung |
| Lernen (n = 437) | 46 | 24 | 22 | 9 | 26 | 74 |
| Kommunikation (n = 441) | 51 | 26 | 16 | 7 | 24 | 76 |
| Bewegungsaktivitäten (n = 441) | 11 | 30 | 43 | 16 | 51 | 49 |
| Fortbewegung (n = 441) | 6 | 18 | 45 | 30 (1) | 64 | 36 |
| Selbstversorgung (n = 440) | 9 | 27 | 47 | 16 (1) | 53 | 47 |
| Häusliche Aktivitäten (n = 434) | 3 | 20 | 47 | 28 (1) | 56 | 44 |
| Interpersonelle Akt. (n = 387) | 22 | 36 | 32 | 10 | 34 | 65 |
| Aufgabenbewältigung (n = 390) | 13 | 33 | 40 | 14 | 46 | 54 |

Tab. 13 zeigt den von den Ärzten eingeschätzten prozentualen Anteil der Ausprägung an Beeinträchtigungen der verschiedenen Aspekte des Aktivitätsstatus bei Aufnahme der Patienten sowie den ermittelten Anteil an Verbesserungen bei Entlassung. Die Spalte »Verschlechterung« wird zur besseren Übersicht nicht dargestellt. Die Werte zu »vollständige Beeinträchtigung« erscheinen in der Spalte schwere Beeinträchtigung in Klammern. Alle Angaben in Prozent und auf- bzw. abgerundet. N = beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Entlassung.

Da diese Aktivitätsparameter im Wesentlichen geistige Fähigkeiten wie Lösen von Problemen, Treffen von Entscheidungen, Verstehen und Produktion gesprochener und geschriebener Mitteilungen oder Gebrauch von Kommunikationsgeräten beinhaltet, die üblicherweise von orthopädischen Erkrankungen eher wenig betroffen sind, erklärt sich die gute Beurteilung bei Aufnahme sowie die geringe Verbesserung nach der orthopädischen Rehabilitation.

Bei den Aktivitäten, die mehr auf körperliche Aspekte wie Bewegungsaktivitäten/ Handhabung von Gegenständen, Fortbewegung, häusliche Tätigkeiten und Aktivitäten der Selbstversorgung zielen, zeigte sich hingegen ein anderes Bild. Diese spiegeln die körperlichen und motorischen Funktionen wider, die häufig durch orthopädische Erkrankungen beeinträchtigt sind. Folgerichtig waren bei diesen Aktivitäten die Aufnahmewerte schlecht. Die Befunde zeigten z. B. für die Fortbewegung bei nur 6,4% der Patienten keine Beeinträchtigung, bei 45,1% eine mäßige und bei 29,6% eine schwere Beeinträchtigung. Hinsichtlich der häuslichen Aktivität hatten nur 3,3% keine Beeinträchtigung, jedoch 47,4% eine mäßige, 28% eine schwere und 1,2% eine vollständige Beeinträchtigung. Der Anteil der Patienten, bei denen nach der orthopädischen Rehabilitation eine Verbesserung erzielt wurde, war im Bereich der Fortbewegung mit einem Anteil von 64,2% am größten. Im Vergleich dazu erreichten Patienten hinsichtlich der häuslichen Aktivitäten, trotz gleich schlechter Aufnahmewerte, mit einem Anteil von 55,8% eine nicht so deutlich positive Veränderung.

Die Dimension der interpersonellen Aktivitäten umfasst das Interagieren mit Menschen (Fremden, Freunden etc.) in einer kontextuell und sozial geeigneten Weise und steht nicht unter direktem Einfluss einer orthopädischen Erkrankung. Nur 22,1% der Patienten wiesen keine Beeinträchtigungen bei diesen Aktivitäten auf. Trotz relativ schlechter Aufnahmebewertung wurde in zwei Dritteln (65,4%) der Gesamtfälle keine Verbesserung erreicht. Bei den Aktivitäten der Aufgabenbewältigung/ bedeutenden Lebensaktivitäten zeigten sich ähnliche Befunde. Bei noch schlechteren Aufnahmewerten (13,5% ohne Beeinträchtigung; 40,4% mit mäßiger und 13,5% mit schwerer Beeinträchtigung) wurde in weniger als der Hälfte der Fälle (45,9%) eine Verbesserung angegeben.

Dieses Ergebnis wird durch die detaillierte altersdifferenzierte Analyse (5-Jahres-Gruppen) noch verstärkt. Bei der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen [vgl. Tabelle 14] fanden sich im Vergleich zur Gesamtbewertung über alle Altersgruppen zunächst insgesamt höhere Anteile einer Verbesserung. Wieder sind es jedoch körperbezogene Funktionen, die durch höhere Anteile der Verbesserung auffallen. Die Aktivitäten der Fortbewegung und der Selbstversorgung zeigten in dieser Altersgruppe, bei ähnlichen Ausgangswerten wie in der Gesamtpopulation, in 70,1% bzw. 71,6% der Fälle eine Verbesserung. Demgegenüber bleiben die nicht-körperbezogenen Aktivitäten deutlich hinter diesen Ergebnissen zurück. Die Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen erhalten, im Vergleich zur Gesamtgruppe, bei Aufnahme schlechtere

Bewertungen der Aktivitäten des Lernens und der Kommunikation (nur 35,1% bzw. 39,2% ohne Beeinträchtigung; hingegen 14,9% bzw. 9,5% (1,4) mit schwerer (vollständiger) und 27% bzw. 24,3% mit mäßiger Beeinträchtigung). Hingegen wird lediglich ein Anteil von 30,9% an Verbesserung sowohl bei den Aktivitäten des Lernens als auch der Kommunikation erreicht. Bei der differenzierten Auswertung dieser Altersgruppe bestätigt sich hinsichtlich der interpersonellen Aktivitäten mit nur 36,1% Verbesserung der Befund aus der Auswertung über alle Altersgruppen.

Tab. 14: Aktivitätsstatus 75- bis 79-Jähriger bei Aufnahme und bei Entlassung

| Angaben in gültigen Prozenten | Beeinträchtigung der Aktivitäten bei Aufnahme | | | | Veränderung bei Entlassung | |
|--|---|---------|--------|---------|----------------------------|--------------------|
| | keine | geringe | mäßige | schwere | Verbesserung | keine Verbesserung |
| Lernen (n = 68) | 35 | 23 | 27 | 15 | 31 | 69 |
| Kommunikation (n = 68) | 39 | 26 | 24 | 10 (1) | 31 | 69 |
| Bewegungsaktivitäten (n = 67) | 4 | 27 | 46 | 22 (1) | 63 | 37 |
| Fortbewegung (n = 67) | 7 | 11 | 47 | 34 (1) | 70 | 30 |
| Selbstversorgung (n = 67) | 3 | 15 | 60 | 19 (4) | 72 | 28 |
| Häusliche Aktivitäten (n = 66) | | 8 | 59 | 30 (3) | 62 | 38 |
| Interpersonelle Akt. (n = 61) | 16 | 29 | 44 | 10 (1) | 36 | 64 |
| Aufgabenbewältigung (n = 61) | 6 | 28 | 54 | 12 (1) | 51 | 49 |

Tab. 14 zeigt den von den Ärzten eingeschätzten prozentualen Anteil der Ausprägung an Beeinträchtigungen der verschiedenen Aspekte des Aktivitätsstatus bei Aufnahme der 75- bis 79-jährigen Patienten sowie den ermittelten Anteil an Verbesserungen bei Entlassung. Die Spalte „Verschlechterung“ wird zur besseren Übersicht nicht dargestellt. Die Werte zu »vollständige Beeinträchtigung« erscheinen in der Spalte schwere Beeinträchtigung in Klammern. Alle Angaben in Prozent und auf- bzw. abgerundet. N = beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Entlassung in dieser Altersgruppe.

Die häuslichen Aktivitäten konnten hingegen bei 62,1% der Patienten verbessert werden. Auch diese Ergebnisse stehen nicht in einem angemessenen Verhältnis zu den extrem schlechten Ausgangswerten. Keiner der Patienten in dieser Altersgruppe wurde hinsichtlich der häuslichen Aktivitäten ohne Beeinträchtigungen beurteilt und 30,1% der Patienten wiesen eine schwere oder komplette (2,7%) und 58,9% eine mäßige Beeinträchtigung auf.

Die altersdifferenzierte Darstellung des Anteils an Verbesserung einzelner Aktivitäten, ohne Berücksichtigung der Ausgangswerte, zeigte ein positives Ergebnis für die höheren Altersgruppen [vgl. Abbildung 17]. In der Untersuchung wurde deutlich, dass mit dem Alter der Patienten der Anteil an einer Verbesserung steigt. Beispielsweise wiesen die Bewegungsaktivitäten einen Anteil von 22% an Verbesserung in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen auf, der sich über alle Altersgruppen von 43,3%, 52% und 60,2% bis auf 62,7% in der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen weiter steigerte. Lediglich die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen wich von dieser positiven Tendenz ab. Der Patientenanteil mit Verbesserungen lag im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe (75- bis 79-Jährigen) überwiegend um einige Prozentpunkte niedriger.

Abb. 17: Verbesserung des Aktivitätsstatus, differenziert nach Altersgruppen

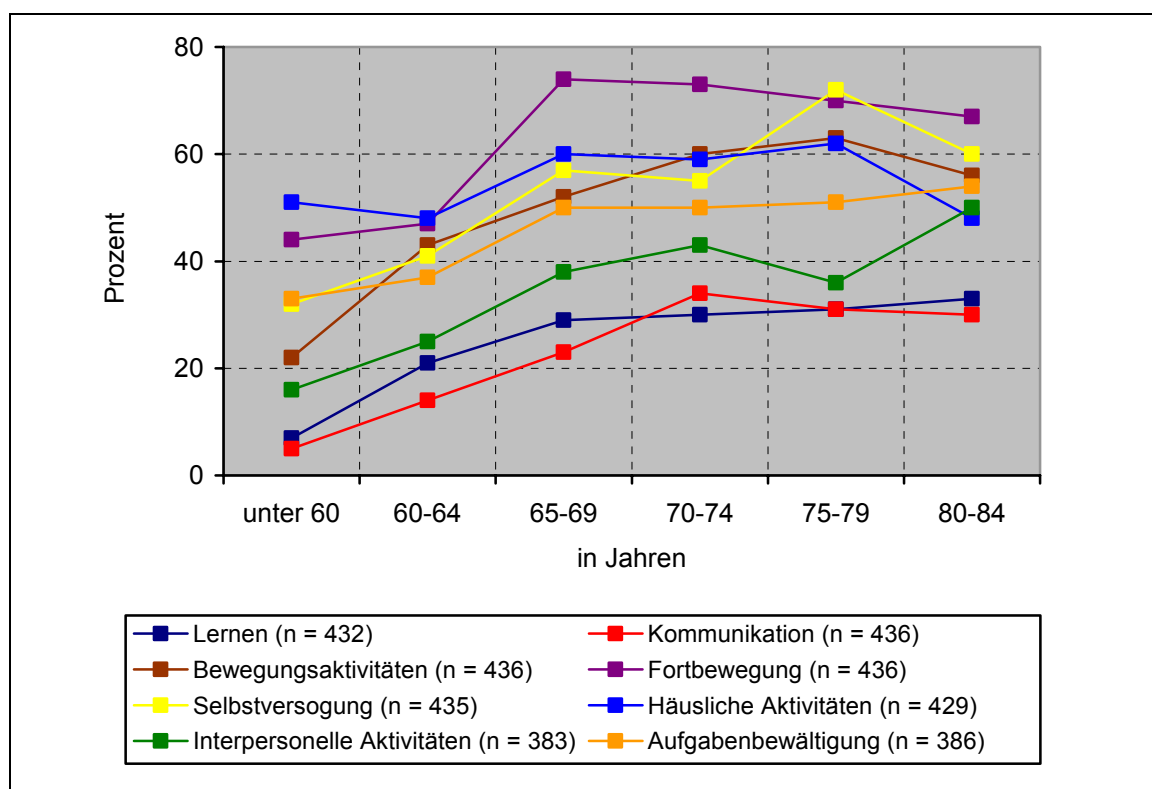


Abb. 17 zeigt die prozentualen positiven Veränderungen der einzelnen Tätigkeiten des Aktivitätsstatus im Sinne von Verbesserungen in Abhängigkeit der Altersgruppen. Die Angaben zu den über 85-Jährigen werden aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht dargestellt. Alle Angaben auf- bzw. abgerundet. N = beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Entlassung.

Eine geschlechterspezifische Analyse ergab eine etwas geringere Verbesserung bei den weiblichen Patienten. In 15,7% der Fälle wiesen Frauen keine Verbesserung des Aktivitätsstatus auf (12,1% der männlichen Patienten) und bei 1,5% der Frauen (bei 0,6% der Männer) wird eine Verschlechterung dokumentiert.

Die Differenzierung nach einzelnen Aktivitätsparametern bestätigt diese Ergebnisse zu Ungunsten weiblicher Patienten in einigen Aspekten [vgl. Tabelle 15]. Dabei wurden einerseits bei den Frauen schlechtere Ausgangswerte diagnostiziert, andererseits wurde auch ein geringerer Anteil an positiven Veränderungen erreicht. Die Differenzen zwischen den Ausgangswerten männlicher und weiblicher Patienten sind bei den einzelnen Aktivitätsparametern unterschiedlich stark ausgeprägt. So wurden in den Bewegungsaktivitäten und Aktivitäten der Selbstversorgung bei weiblichen Patienten jeweils 4% bzw. 6% mehr mäßige und schwere Beeinträchtigungen diagnostiziert. Noch deutlicher werden die differenten Ergebnisse bei häuslichen (11%) und interpersonellen Aktivitäten (10%), mehr männliche Patienten weisen keine oder eine geringe Beeinträchtigung auf.

Tab. 15: Aktivitätsstatus weiblicher und männlicher Patienten bei Aufnahme und bei Entlassung

| Angaben in gültigen Prozenten | Beeinträchtigung der Aktivitäten bei Aufnahme | | | | Veränderung bei Entlassung | |
|---|---|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|
| | keine/geringe | | mäßige/schwere | | Verbesserung | |
| | weiblich | männlich | weiblich | männlich | weiblich | männlich |
| Lernen (weibl. n = 265/männl. n = 172) | 69 | 71 | 31 | 30 | 27 | 25 |
| Kommunikation (weibl. n = 267/männl. n = 174) | 77 | 78 | 24 | 23 | 25 | 21 |
| Bewegungsaktivitäten (weibl. n = 268/männl. n = 173) | 39 | 44 | 60 | 56 | 50 | 53 |
| Fortbewegung (weibl. n = 268/männl. n = 173) | 26 | 23 | 75 | 76 | 63 | 67 |
| Selbstversorgung (weibl. n = 268/männl. n = 172) | 34 | 39 | 67 | 61 | 53 | 54 |
| Häusliche Aktivitäten (weibl. n = 265/männl. n = 169) | 19 | 30 | 81 | 70 | 57 | 53 |
| Interpersonelle Akt. (weibl. n = 236/männl. n = 151) | 54 | 64 | 46 | 36 | 35 | 33 |
| Aufgabenbewältigung (weibl. n = 237/männl. n = 151) | 46 | 46 | 55 | 54 | 44 | 48 |

Tab. 15 zeigt den von den Ärzten eingeschätzten prozentualen Anteil der Ausprägung an Beeinträchtigungen der verschiedenen Aspekte des Aktivitätsstatus bei Aufnahme der weiblichen und männlichen Patienten sowie den ermittelten Anteil an Verbesserungen bei Entlassung. Die Spalte »Verschlechterung« wird zur besseren Übersicht nicht dargestellt. Die Werte zu »vollständige Beeinträchtigung« sind in der Spalte schwere Beeinträchtigung einbezogen. Alle Angaben in % und auf- bzw. abgerundet. N = beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items für Frauen und Männer bei Entlassung.

Diese insgesamt schlechtere Bewertung wird dadurch gestützt, dass Frauen im Bereich der Bewegungsaktivitäten, Aktivitäten der Fortbewegung und Aufgabenbewältigung etwas weniger Verbesserungen erreichten. Darüber hinaus war der Anteil an Verbesserungen bei Aktivitäten, bei denen die weiblichen Patienten deutlich schlechtere Aufnahmewerte zeigten, wie z. B. 81,1% mäßige/ schwere Beeinträchtigung bei häuslichen und 46,2% bei interpersonellen Aktivitäten, nur geringfügig höher (57,4% Verbesserung häusliche; 35,2% interpersonelle Aktivitäten) gegenüber den männlichen Patienten (53,3% Verbesserung häusliche; 33,1% interpersonelle Aktivitäten).

4.2.2 Gesundheitsstörungen

Die objektive Einschätzung des Gesundheitszustandes durch die Mediziner erfolgte differenziert nach zwei zu unterscheidenden Behandlungsgruppen: den Dorsopathien und den degenerativen Gelenkerkrankungen¹. Dokumentiert wurden in beiden Behandlungsgruppen das Schmerzerleben und die Muskelkraft der Patienten aus ärztlicher Perspektive².

Die Gruppe mit Wirbelsäulenerkrankungen (Dorsopathien) umfasste insgesamt 122 Patienten (das entsprach 24,7% der Probanden). Die Einschätzung der **Schmerzen** ergab bei den Patienten (n = 116) bei Aufnahme [vgl. Abbildung 18] einen durchschnittlichen Mittelwert von 2,89 ($\pm 0,9$) (von 2,79 $\pm 0,9$ bei den 65- bis 74-Jährigen, bis zu 3,10 $\pm 0,1$ bei den über 74-Jährigen) und bei Entlassung von 2,12 ($\pm 0,7$) (1,95 $\pm 0,8$ bis 2,25 $\pm 0,9$). Somit hat sich in 67,2% der Fälle das Urteil verbessert und in 3,4% verschlechtert.

Insbesondere die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen profitierte von der Behandlung. In drei Vierteln (75,6%) aller Fälle lag eine Verbesserung hinsichtlich der empfundenen Schmerzen vor, während dieser Anteil bei den über 74-Jährigen 50% betrug (Alter/Schmerzverbesserung $p = 0,433$). Die Auswertung in Bezug auf das Geschlecht ergab sowohl bezüglich der absoluten Zahlen als auch beim Anteil der Patienten mit Verbesserung keine nennenswerten Unterschiede bei der Einschätzung des Schmerzes.

Die beschriebene Verbesserung war insofern von Bedeutung, da Schmerzen im engen Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Gesundheitseinschätzung der Patienten standen³. So konnte ein hoch signifikanter ($p = 0,007$) Zusammenhang (Korrelationskoeffizient = 0,30) zwischen der ärztlichen Einschätzung der Schmerzen und der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die Patienten bei Aufnahme nachgewiesen

¹ Methodenhinweis: Für die zwei großen Behandlungsgruppen existierte ein Fragebogenteil, der speziell für den jeweiligen Bereich konzipiert war.

² Methodenhinweis: Die Ärzte nahmen eine Einschätzung anhand einer Rating-Skala vor. Die Bewertung erfolgte analog dem Schulnotensystem von 1 (bester Wert) bis 6 (schlechtester Wert).

³ Methodenhinweis: Der Zusammenhang wurde mit Hilfe von nicht-parametrischen Korrelationen (Spearman-Rho) berechnet.

werden. Der Korrelationskoeffizient zum Zeitpunkt T2, also bei Entlassung aus der Rehabilitation, betrug 0,31 ($p = 0,004$).

Abb. 18: Veränderung der Schmerzen, differenziert nach Behandlungsbereich

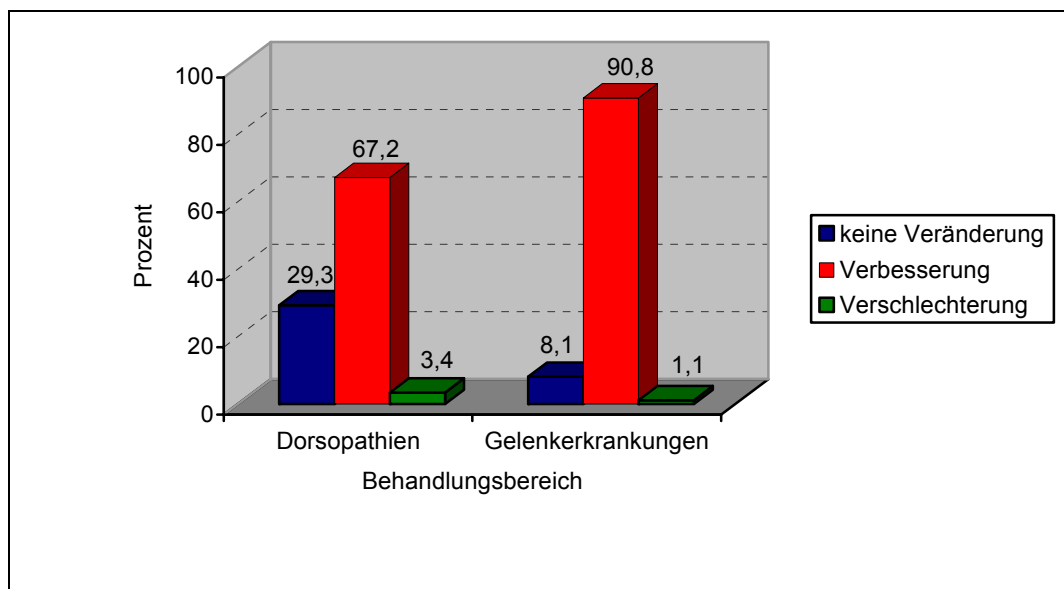


Abb. 18 zeigt den prozentualen Anteil von Patienten, bei denen sich die ärztliche Einschätzung des Schmerzes von Aufnahme zur Entlassungsuntersuchung verbessert, verschlechtert oder nicht verändert hat, in Abhängigkeit vom Behandlungsbereich (Dorsopathien: $n = 116$; Gelenkerkrankungen: $n = 271$)

Die Gruppe der Gelenkerkrankungen umfasste insgesamt 310 Patienten und schloss die Diagnosen postoperative Hüftgelenkerkrankung (173 Patienten), postoperative Kniegelenkerkrankung (109 Patienten) und Oberschenkelhalsfraktur (28 Patienten) ein. In der Patientengruppe mit Gelenkerkrankungen war auffällig, dass bei der Schmerzeinschätzung durch den Arzt ($n = 271$) die Aufnahmewerte im Vergleich zu der Bewertung der Dorsopathiepatienten schlechter ausfallen ($3,02 \pm 0,9$ versus $2,89 \pm 0,9$), die Entlassungswerte allerdings besser ($1,80 \pm 0,7$ statt $2,12 \pm 0,7$). Dementsprechend hoch ist in der Gruppe mit Gelenkerkrankungen der Anteil an Patienten, die eine Besserung (90,8%) im Sinne einer Schmerzreduzierung aufweisen [vgl. Abbildung 18].

Dabei sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen gering [vgl. Tabelle 16], wenn sowohl bei Aufnahme (>74 Jahre = $3,12 \pm 1,1$; <65 Jahre = $2,87 \pm 0,8$) als auch bei Entlassung (>74 Jahre = $1,86 \pm 0,7$; <65 Jahre = $1,67 \pm 0,6$) für die höheren Altersgruppen schlechtere Schmerzeinschätzungen abgegeben worden sind. Die Gruppe der über 74-Jährigen zeigte mit einem Anteil von 86,1% nicht signifikante Unterschiede ($p = 0,405$) an Verbesserungen gegenüber den anderen beiden Gruppen (<65 Jahre = 92,6%; 65 bis 74 Jahre = 92,8%). Die geschlechterspezifischen Unterschiede sind hier ebenfalls gering.

Die Auswertung unter Berücksichtigung der Diagnosen zeigte, dass nach ärztlicher Einschätzung die Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen und mit postoperativen Kniegelenkerkrankungen sowohl bei Aufnahme mit Mittelwerten von 3,15 ($\pm 1,0$) und 3,24 ($\pm 0,9$) als auch bei Entlassung (beide $1,96 \pm 0,8$, $\pm 0,7$) ausgeprägtere Schmerzen hatten als Patienten mit postoperativen Hüftgelenkerkrankungen ($2,86 \pm 0,8$ bei Aufnahme und $1,68 \pm 0,6$ bei Entlassung). Wenn sich auch bei 80,8% der Rehabilitanden mit Oberschenkelhalsfraktur die Schmerzintensität nach ärztlicher Beurteilung verbesserte, so war dies jedoch im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen das schlechteste Ergebnis.

Tab. 16: Veränderung der Schmerzen, differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnose

| Schmerzen bei degenerativen Gelenkerkrankungen | | | | |
|--|--|--|--------------|-------|
| | Mittelwert (\pm SD) bei Aufnahme | Mittelwert (\pm SD) bei Entlassung | Verbesserung | |
| | | | Anteil (%) | p = |
| Alter | | | | |
| unter 65 Jahre (n = 54) | 2,87 (0,8) | 1,67 (0,6) | 92,6 | 0,405 |
| 65 – 74 Jahre (n = 138) | 3,02 (0,8) | 1,82 (0,7) | 92,8 | |
| ab 75 Jahre (n = 79) | 3,12 (1,1) | 1,86 (0,7) | 86,1 | |
| Geschlecht | | | | |
| Männer (n = 119) | 2,94 (0,9) | 1,73 (0,7) | 89,9 | 0,716 |
| Frauen (n = 152) | 3,09 (0,9) | 1,86 (0,7) | 91,4 | |
| Diagnose | | | | |
| post-OP Hüfte (n = 151) | 2,86 (0,8) | 1,68 (0,6) | 92,1 | 0,376 |
| post-OP Knie (n = 94) | 3,24 (0,9) | 1,96 (0,7) | 91,5 | |
| Oberschenkelhalsfraktur (n = 26) | 3,15 (1,0) | 1,96 (0,8) | 80,8 | |
| Gesamt (n = 271) | 3,02 (0,9) | 1,80 (0,7) | 90,8 | |

Tab. 16 zeigt die Schmerzeinschätzung für die Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen und Oberschenkelhalsfrakturen (n = 271) jeweils bei Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe. Darstellung erfolgt mit Hilfe der Mittelwerte, in Klammern die Standardabweichung. Gleichzeitig erscheint der berechnete prozentuale Anteil an Verbesserung, der in den jeweiligen Gruppen erreicht wurde.

Bei den Gelenkerkrankungen konnte ebenfalls bei Aufnahme ein signifikanter ($p = 0,01$) schwacher Zusammenhang (Korrelationskoeffizient = 0,19) zwischen der ärztlichen Einschätzung der Schmerzen und der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes

durch die Patienten nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang war zum Zeitpunkt T2 mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,26 noch deutlicher ($p = 0,001$).

Der zweite Parameter, der die Veränderungen des objektiven Gesundheitszustandes dokumentieren soll, ist die gemessene **Muskelkraft**. Bei Patienten mit Dorsopathien ($n = 116$) erhöhte sich diese in zwei Dritteln (66,4%) aller Fälle. In der Gruppe der über 75-Jährigen wurde mit einem Mittelwert [vgl. Abbildung 19] von 3,10 ($\pm 0,7$) das schlechteste Urteil über die Muskelkraft bei Aufnahme (unter 65-Jährige = 2,83 $\pm 1,1$; 65- bis 74-Jährige = 2,71 $\pm 0,7$) abgegeben. Bei der Entlassung hatte sich der Mittelwert mit 2,13 ($\pm 0,6$) dem der anderen beiden Altersgruppen (unter 65 Jahren: 2,22 $\pm 0,9$; 65- bis 74-jährig: 2,06 $\pm 0,5$) angenähert. Dies entspricht einem Anteil an Verbesserungen von 75% bei den ältesten Patienten (Alter/Muskelkraftverbesserung $p = 0,815$).

Abb. 19: Vergleich der Muskelkraft bei Patienten mit Dorsopathien vor und nach der Rehabilitation, differenziert nach Alter

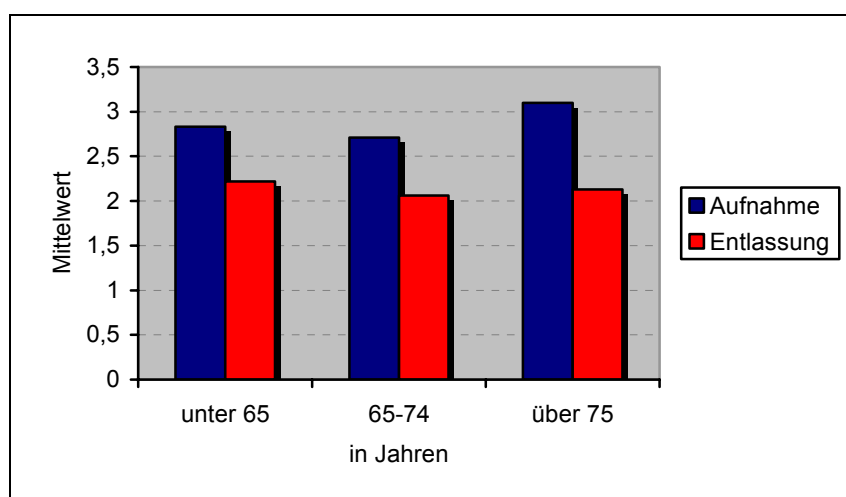


Abb. 19 zeigt die Beurteilung der Muskelkraft bei Dorsopathienpatienten ($n = 116$), gegliedert nach groben Altersstufen, zu den Zeitpunkten der Aufnahme und der Entlassung; Darstellung erfolgt mit Hilfe der Mittelwerte.

Hinsichtlich der geschlechterdifferenzierten Analyse [vgl. Abbildung 20] zeigte sich, dass auch die Gruppe der Frauen ($n = 81$), die bei Aufnahme etwas schlechtere Ergebnisse aufwiesen als die Männer ($n = 31$) (Frauen: 2,89 $\pm 0,9$ gegenüber Männern: 2,61 $\pm 1,0$), einen höheren aber nicht signifikanten ($p = 0,186$) Anteil an Verbesserungen erreichte (71,6% gegenüber 54,3% bei Männern). Bei der Entlassung lagen sie mit einem Mittelwert von 2,17 ($\pm 0,7$) nahe am Mittelwert der Männer (2,10 $\pm 0,9$).

Wie bereits bei der Schmerzeinschätzung konnte ebenso hinsichtlich der Beurteilung der Muskelkraft durch die Ärzte ein hoch signifikanter Zusammenhang zur subjektiven Einschät-

zung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die Patienten nachgewiesen werden. So betrug der Korrelationskoeffizient zwischen der Muskelkraft und der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die Patienten bei Aufnahme 0,30 ($p = 0,006$).

Abb. 20: Geschlechterspezifischer Vergleich der Muskelkraft bei Patienten mit Dorsopathien vor und nach der Rehabilitation

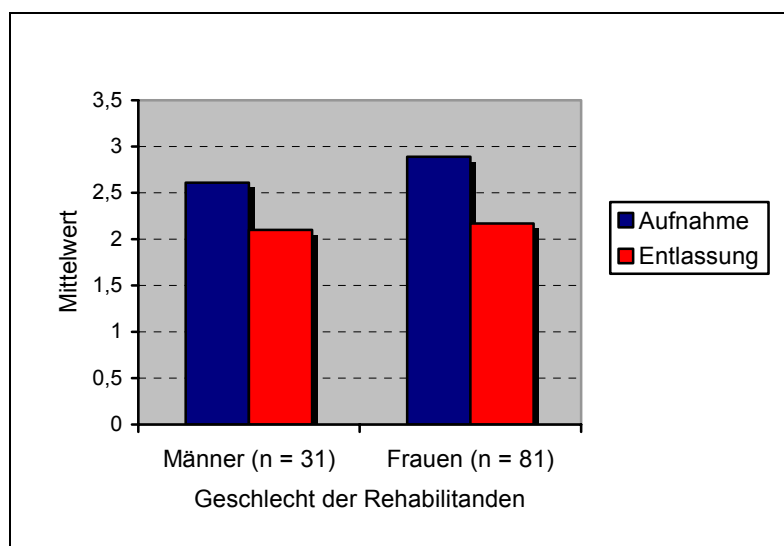


Abb. 20 zeigt die Beurteilung der Muskelkraft von Dorsopathien betroffener Männer und Frauen zu den Zeitpunkten der Aufnahme und der Entlassung; Darstellung erfolgt mit Hilfe der Mittelwerte.

Bei der Bewertung der Muskelkraft aller Patienten ($n = 270$) mit degenerativen Gelenkerkrankungen wurden bei Aufnahme Mittelwerte von $3,07 (\pm 0,8)$ und bei Entlassung von $2,09 (\pm 0,6)$ ermittelt. Eine Verbesserung fand in 86,3% der Fälle statt. Bezüglich des Alters gab es keine nennenswerten Unterschiede. Bei den Frauen ($n = 151$) konnte in 89,4% der Fälle und bei den Männern ($n = 119$) in 82,4% eine Verbesserung erreicht werden. Dieses geschlechterspezifische Ergebnis ist signifikant ($p = 0,04$). Die Gruppe der Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen erreichte mit einem Anteil von 73,1% einer Verbesserung ein schlechteres Ergebnis ($p = 0,132$) als die Gruppen der Patienten mit postoperativen Hüft- und Kniegelenkerkrankungen (85,3% und 91,5%).

Bei den Gelenkerkrankungen wurde gegenüber den Dorsopathien mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,15 ein etwas schwächerer, aber ebenfalls signifikanter ($p = 0,037$) Zusammenhang zwischen der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die Patienten und der Muskelkraft bei Aufnahme festgestellt. Zum Zeitpunkt T2, also bei Entlassung aus der Rehabilitation, bestand ein hoch signifikanter Zusammenhang von 0,25 ($p = 0,001$).

4.2.3 Persönliche Ressourcen

Das persönliche Umfeld eines Menschen und seine möglichen Ressourcen werden durch verschiedene Faktoren charakterisiert und geprägt. Dazu gehören u. a. der Familienstand¹, die Lebenssituation, die Quantität und die Qualität sozialer Kontakte und Unterstützung sowie die finanzielle Lage der Person. Viele dieser Faktoren können Einfluss auf die Gesundheitseinschätzung des Patienten nehmen. Persönliche- und Umweltressourcen wurden einmalig zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der demographischen Angaben und als soziales Umfeld erfragt.

Knapp drei Viertel (73%) aller Probanden (n = 408) waren verheiratet, ca. ein Viertel (23,8%) war verwitwet und 3,2% waren ledig. In den Antworten (n = 334) zur Lebenssituation spiegelte sich dieses Ergebnis wider. Danach lebte etwa ein Viertel (25,7%) der Patienten allein und annähernd drei Viertel (72,8%) zusammen mit ihren Partnern. Der Anteil Lediger blieb in allen Altersgruppen weitgehend konstant zwischen 1,3% und 4,5%. Wie zu erwarten nahm der Anteil verwitweter Patienten mit Anstieg des Alters kontinuierlich von 5,3% (unter 60-Jährigen) bis auf 54,5% bei den 80- bis 84-Jährigen zu (p <0,001). Dieses signifikante Ergebnis zur Verknüpfung von Alter und Familienstand [vgl. Abbildung 21] bestätigt sich auch in der Zusammenhangbeschreibung von Lebensalter und Lebenssituation (p <0,001).

Abb. 21: Familienstand der Rehabilitanden, differenziert nach Alter

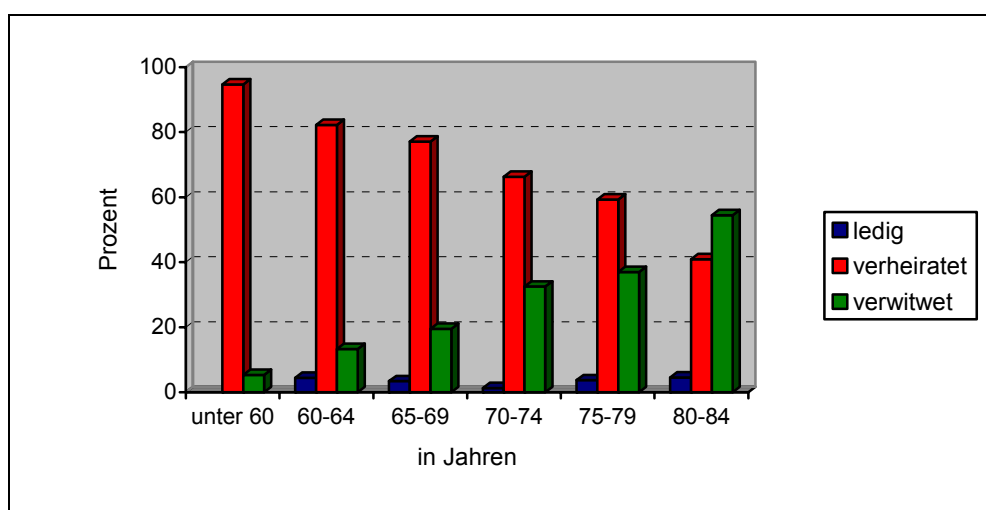


Abb. 21 zeigt den Familienstand der Rehabilitanden (n = 402) aufgliedert nach ledig, verheiratet und verwitwet. Es wurde nach den 5-Jahres-Gruppen differenziert.

¹ Methodenhinweis: Die Angaben zum Familienstand (Antwortmöglichkeiten: ledig, verheiratet, verwitwet) stehen im Zusammenhang mit der sich anschließenden Frage nach der Lebenssituation (Antwortmöglichkeiten: allein lebend, getrennt lebend, mit Partner lebend).

Es gab hoch signifikante Unterschiede aus geschlechtsspezifischer Sicht ($p < 0,001$). So waren bei den Männern etwa 9,1% verwitwet, während diese Gruppe bei den Frauen gut ein Drittel (33,7%) ausmachte. Der Anteil an ledigen Personen war bei den Männern mit 4,2% geringfügig höher als bei den weiblichen Probanden mit 2,5%. Demzufolge betrug zum Zeitpunkt der Untersuchung der Anteil an verheirateten männlichen Patienten 86,7%, an Patientinnen aber nur 63,8%. In der Zusammenhangbeschreibung von Geschlecht und Wohnsituation findet die Signifikanz erneut Bestätigung.

Die Ergebnisse entsprechen Befunden, denen zufolge Frauen früher und länger verwitwet sind und deren Wiederverheiratsquote im höheren Alter sehr viel geringer ist als bei Männern. Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2001 belegen einen Anteil von 76,4% Verheirateter und von nur 17,3% Verwitweter bei allen bundesdeutschen Männern im Alter zwischen 75 und 80 Jahren. Bei den Frauen hingegen waren nur noch 32,6% verheiratet, aber bereits 53,5% verwitwet. Noch deutlicher werden die Unterschiede bei der über 80-jährigen Bevölkerung, die 57% männliche, aber nur 12% weibliche Verheiratete aufwies. Etwas mehr als ein Drittel Witwer, jedoch drei Viertel Witwen finden sich in dieser Bevölkerungsgruppe (Statistisches Bundesamt 2003c).

Der Familienstand und die Lebenssituation an sich ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Qualität von Sozialkontakten. Diese wurden daher explizit als wahrgenommene Unterstützung erfragt. Ein Großteil (93,4%) der Patienten ($n = 410$) erhielt durch die Familie, den Partner und/ oder die Freunde hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation Unterstützung. Fast ebenso viele Probanden (92,4%) hatten eine Person, mit der sie offen über persönliche Probleme sprechen konnten. Diese positive Einschätzung zur sozialen Unterstützung ließ sich bei der altersdifferenzierten Analyse über alle Altersgruppen hinweg ab dem 60. Lebensjahr beobachten und variierte zwischen 91,7% (75- bis 79-Jährigen) und 100% bei den über 85-Jährigen. Bei diesen Rehabilitanden war das Fehlen von sozialer Unterstützung kein Problem des höheren Alters. Dagegen gaben die unter 60-jährigen Patienten in 18,2% der Fälle an, keine Unterstützung durch Familie, Partner oder Freunde in ihrer gesundheitlichen Situation zu erhalten. Dieser Befund verdichtete sich anhand der Frage nach vorhandener Personen, mit denen Patienten ($n = 432$) über persönliche Probleme sprechen können. Erneut waren es die unter 60-Jährigen, die in 25% der Fälle diese Frage verneinten.

Finanzielle Ressourcen werden häufiger als wesentlicher Prädiktor für Wohlbefinden und Lebensqualität diskutiert (Martin 2001) und wurden daher in der Befragung nach sozialen Ressourcen einbezogen. Immerhin gut ein Fünftel (91 Patienten) der Rehabilitanden ($n = 417$) gab an, sich häufig wegen ihrer finanziellen Situation Sorgen zu machen, wobei die Angaben hierzu in den verschiedenen Altersgruppen variierten. Finanzielle Sorgen werden deutlich weniger beklagt in den Altersgruppen der über 80-Jährigen (15,8% bei 80- bis 84-

Jährigen, 0% bei über 85-Jährigen) gegenüber der Altersgruppe der unter 60-Jährigen. In letzterer sind es immerhin 43,2%, die dieses Problem benannten, was u. a. aus einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit oder noch nicht vorhandenen Rentenberechtigung resultieren könnte. Zwischen dem 60. und 79. Lebensjahr gaben in 77,2% (75- bis 79-Jährigen) bis hin zu 83,7% (65- bis 69-Jährige) der Fälle an, sich nicht wegen ihrer finanziellen Situation zu sorgen.

Insgesamt schienen jedoch für die befragten Rehabilitanden (n = 410) wiederholte Sorgen um ein Familienmitglied das größte Problem im sozialen Umfeld darzustellen. Es wurde von 36,3% und damit 149 aller Patienten bestätigt. In der Altersgruppe der unter 60-Jährigen fühlten sich davon fast zwei Drittel (62,8%) der Patienten betroffen. In den übrigen Altersgruppen waren es zwar weniger Besorgte, aber immerhin noch im Durchschnitt ca. ein Drittel der Patienten. In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen wurde am seltensten von diesem Problem berichtet, 74,2% verneinten diese Frage.

Eine geschlechterdifferenzierte Analyse ergab bei allen vier Fragen zur sozialen Situation eine Benachteiligung weiblicher Patienten [vgl. Abbildung 22]. Der Unterschied zwischen den Ergebnissen zur wahrgenommenen Unterstützung im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Situation war dabei noch moderat – 9% der Frauen und 3,3% der Männer beklagten mangelnde Unterstützung durch Familie, Partner und Freunde.

Abb. 22: Vergleich der sozialen Situation weiblicher und männlicher Rehabilitanden

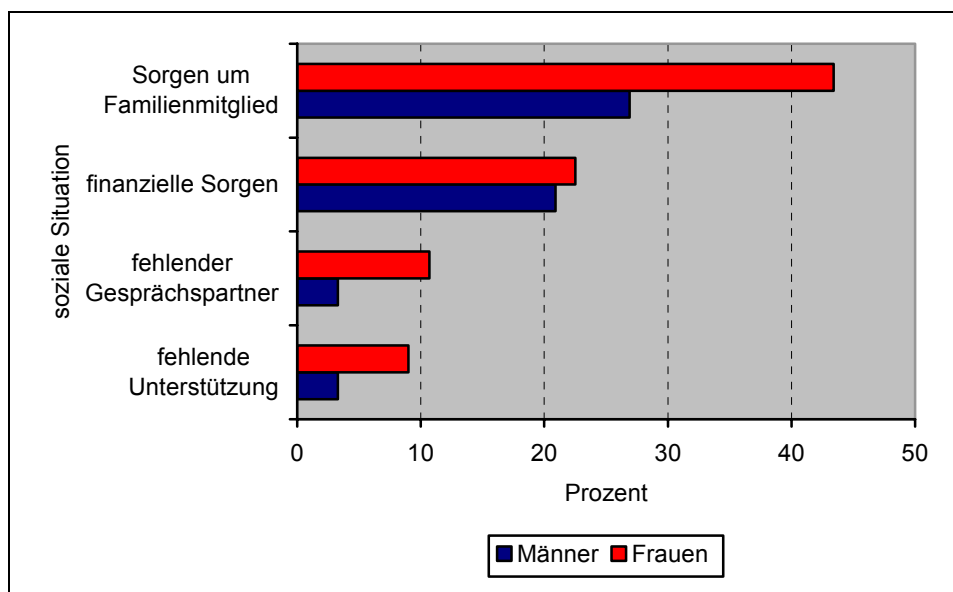


Abb. 22 zeigt einen Vergleich der sozialen Situation der Rehabilitanden, differenziert nach Männern und Frauen. Die soziale Situation ist in folgende Faktoren gegliedert: Sorgen um ein Familienmitglied (Männer: n = 175; Frauen: n = 235), finanzielle Sorgen (Männer: n = 177; Frauen: n = 240), fehlender Gesprächspartner (Männer: n = 180; Frauen: n = 252) und fehlende Unterstützung (Männer: n = 181; Frauen: n = 256).

Eine ähnliche Einschätzung wurde bei der Frage zu Personen, mit denen die Patientinnen und Patienten über Probleme sprechen könnten (10,7% der Frauen und 3,3% der Männer), abgegeben. Deutliche Differenzen im Antwortverhalten zeigten sich bei der Frage zur Sorge um ein Familienmitglied. 43,4% der Frauen und lediglich 26,9% der Männer beantworteten diese Frage mit „ja“. Die Angaben bezüglich der finanziellen Probleme zeigten die geringsten Unterschiede. 20,9% der Männer und 22,5% der Frauen gaben diesbezüglich Sorgen an.

Der Median des Summenscores¹: zum sozialen Umfeld lag bei 8, das heißt, die Hälfte der Probanden wies Werte nahe 8 auf. Nur knapp ein Viertel der Patienten erreichte im Summenscore einen Wert unter 7 und nur ein sehr kleiner Teil der Probanden (ca. 1%) hatte einen Summenscore von 4, so dass davon ausgegangen werden konnte, dass sich die meisten Patienten in ihrem sozialen Umfeld geborgen, unterstützt und gut versorgt fühlten.

Der negativere Befund zur sozialen Unterstützung in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen bestätigte sich erneut in der altersdifferenzierten Analyse des Summenscores mit einem Mittelwert von 6,50 ($\pm 1,2$). Währenddessen errechnete sich in den anderen Altersgruppen bis 84 Jahren ein Mittelwert zwischen 7,22 ($\pm 0,9$) (75- bis 79-Jährige) und 7,46 ($\pm 0,8$) (65- bis 69-Jährige). Ebenso zeichnete sich bei einem Gesamtmittelwert von 7,15 ($\pm 1,0$) im Vergleich zu dem Wert von 7,45 ($\pm 0,8$) bei den Männern, die besondere Belastung der weiblichen Patienten ab.

Diese Belastung der Frauen drückt sich auch in einer signifikant geringeren Zufriedenheit der weiblichen Patienten mit der sozialen Unterstützung aus [vgl. Abbildung 23]. Bei der Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch ihre Freunde und/ oder Familie?“ gaben bei Aufnahme 83,7% der Frauen gegenüber 91,2% der Männer ein positives Urteil ab. Davon bestätigten 52,7% der Männer eine „sehr“ große Zufriedenheit, jedoch nur 35,1% der Frauen ($p = 0,001$). Dieses Ergebnis blieb zum Zeitpunkt T2 unverändert ($p = 0,014$). Drei Monate nach Ende der Rehabilitation war eine Abnahme der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung bei Männern und Frauen zu beobachten. Zwar blieb das insgesamt positive Urteil über die soziale Unterstützung durch Freunde und Familie relativ konstant (Männer = 90,6%; Frauen = 85,5), jedoch reduzierte sich der Anteil der »sehr« zufriedenen Patienten um jeweils ca. 10% auf 43,3% bei den Männern und sogar auf 25,5% bei den Frauen. Die geschlechterspezifischen Unterschiede waren zu T3 erneut hoch signifikant ($p = 0,007$).

Von Interesse war, ob eine Verknüpfung zwischen den Angaben zum sozialen Umfeld und zur Lebensqualität der Rehabilitanden drei Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme vor-

¹ Methodenhinweis: Die vier differenzierten Fragen zum sozialen Umfeld der Probanden wurden abschließend mit Hilfe eines Summenscores gemeinsam ausgewertet. Es konnten Werte zwischen 4 und 8 auftreten, wobei 8 für ein intaktes soziales Umfeld und 4 für ein schlecht bewertetes soziales Umfeld standen.

lag¹. Es konnte ein schwacher Zusammenhang (Korrelationskoeffizient = 0,17) zwischen dem sozialen Umfeld (Summenscore) und den körperlichen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachgewiesen werden (p = 0,001). Der Korrelationskoeffizient hinsichtlich der psychischen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem sozialen Umfeld betrug dagegen 0,32 (p <0,001). Identisch zeigte sich die Wechselbeziehung zwischen der allgemeinen Lebensqualität und dem sozialen Umfeld (0,33, p <0,001).

Abb. 23: Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, differenziert nach Geschlecht zu T1/ T2 und T3

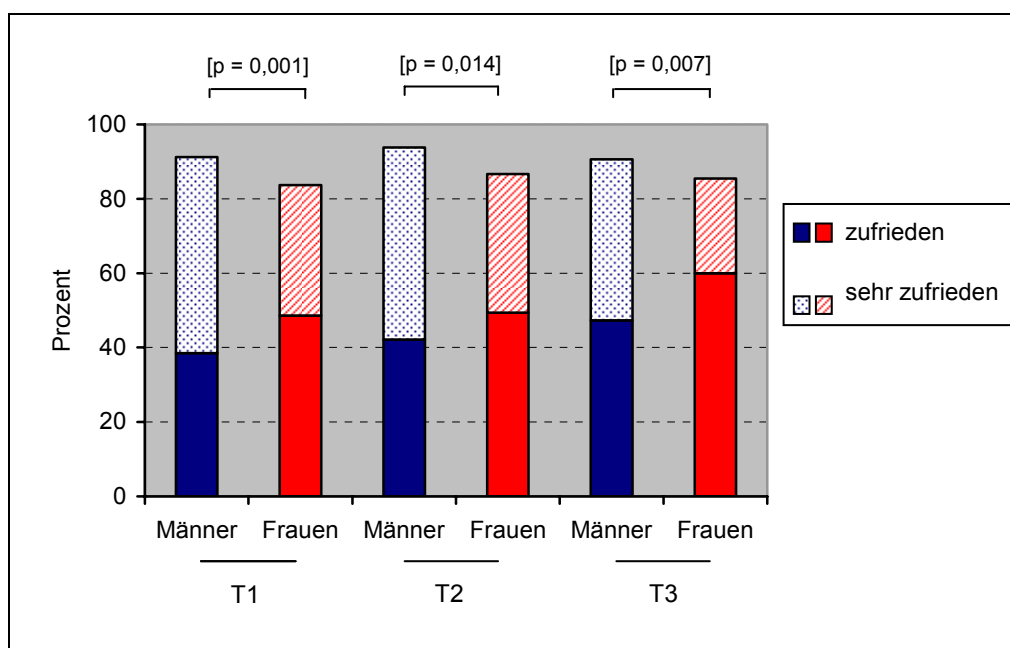


Abb. 23 zeigt die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Unterstützung durch Freunde/ Familie. Die Abbildung bietet einen geschlechtsspezifischen Vergleich bezüglich der Zufriedenheit, zusammengesetzt aus den Angaben sehr zufrieden (Strukturfarbe) und zufrieden (Vollfarbe) mit der sozialen Unterstützung zu allen drei Erhebungszeitpunkten (Männer:T1 n = 182, T2 n = 161, T3 n = 150; Frauen: T1 n = 259, T2 n = 249, T3 n = 235; Gesamt: T1 n = 441, T3 n = 385).

4.2.4 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren der Rehabilitanden wurden über eine Liste typischer Wohnprobleme, die insbesondere bei älteren Menschen mit orthopädischen Erkrankungen zu zusätzlichen Einschränkungen führen können, erfragt. Krankheitsspezifische Probleme aufgrund der Wohnsituation bezogen sich auf das direkte häusliche Umfeld [vgl. Abbildung 24]. Dazu gehörte z. B. die durch die Gegebenheiten der Wohnung eingeschränkte Bewegungsfreiheit, die mit

¹ Methodenhinweis: Der Zusammenhang wurde mit Hilfe von nicht-parametrischen Korrelationen (Spearman-Rho) berechnet.

44,3% am häufigsten bemängelt wurde. Als geringstes Problem wurden im Gegensatz dazu die ungünstigen (Arbeits-)Bedingungen in Küche und Bad mit 16,6% eingeschätzt.

Abb. 24: Häufigkeit von krankheitsbezogenen Wohnproblemen

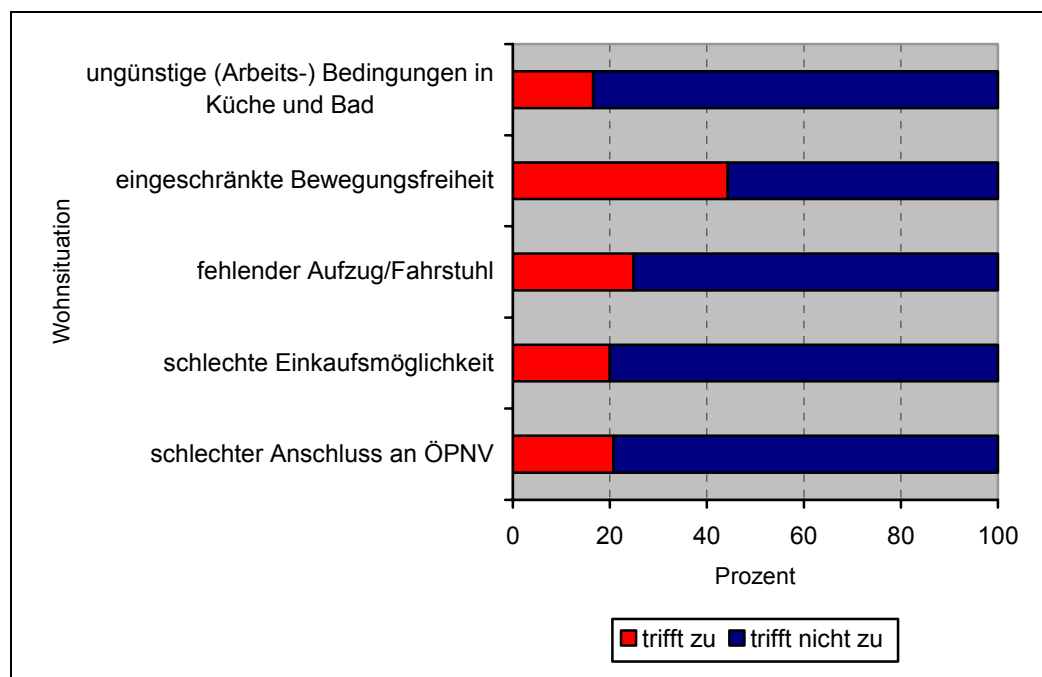


Abb. 24 zeigt die Häufigkeit der krankheitsbezogenen Wohnprobleme der Rehabilitanden. Es erfolgt die Einteilung in folgende Wohnsituationen, die mit „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ von den Patienten bewertet werden konnten: ungünstige (Arbeits-) Bedingungen in Küche und Bad (n = 410), eingeschränkte Bewegungsfreiheit (n = 406), fehlender Aufzug/Fahrstuhl (n = 393), schlechte Einkaufsmöglichkeiten (n = 419) sowie schlechter Anschluss an ÖPNV (n = 421).

Weiter wurden Mobilitätsprobleme [vgl. Abbildung 24] erfasst, beginnend mit dem fehlenden Aufzug/Fahrstuhl, der bei einem Viertel der Patienten nicht vorhanden war (24,9%), bis hin zu Einschränkungen durch schlechte Einkaufsmöglichkeiten und schlechten Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr, die jeweils in einem Fünftel der Fälle (20% bzw. 20,7%) benannt wurden.

Über 40% der Probanden erreichten beim Summenscore¹ zur Wohnsituation den Wert 10, hatten also keinerlei Probleme in diesem Bereich. Eine fast ebenso große Gruppe hatte einen Summenscore von 8 bis 9 und somit nur wenige Schwierigkeiten im häuslichen Bereich zu bewältigen. Die restlichen 20% sahen jedoch entweder in allen fünf (ca. 4%), in vier (ca. 7%) oder in drei (ca. 8%) Bereichen Probleme auf sich zukommen.

¹ Methodenhinweis: Für die Darstellung aller Probleme hinsichtlich der Wohnsituation wurde ein Summenscore gebildet. Er hatte eine Spanne von 5 bis 10 und niedrige Zahlen deuteten auf umfangreiche Probleme hin.

Diese Einschätzung zeigte hinsichtlich der Mittelwerte des Summenscores kaum geschlechterspezifische Unterschiede (Frauen = 8,67 ± 1,5; Männer = 8,72 ± 1,4). Geringfügig mehr Frauen (26,8%) beklagten den fehlenden Aufzug (Männer 22,5%) und ungünstige Bedingungen in Küche und Bad (Frauen = 18,3%; Männer = 14,1%). Die eingeschränkte Bewegungsfreiheit wurde hingegen häufiger von Männern (48%) als von Frauen (41,7%) problematisiert. Krankheitsbezogene Probleme mit der Wohnsituation nehmen mit steigendem Alter leicht zu (unter 65-Jährige = 8,84 ± 1,5; 65- bis 74-Jährige = 8,65 ± 1,5; über 75-Jährige = 8,53 ± 1,5). Wie die altersdifferenzierte Untersuchung zeigte [vgl. Abbildung 25], waren Probleme wegen eines schlechten Anschlusses an den öffentlichen Personennahverkehr für 17,6% der unter 65-Jährigen bedeutsam. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen fühlte sich bereits ein Viertel (25,6%) der Patienten davon betroffen. Beispielsweise schienen die Einschränkungen im Wohnbereich durch fehlende Bewegungsfreiheit im höheren Alter ausgeprägter. 50% der über 75-Jährigen und 38,5% der unter 65-Jährigen beklagten diese Einengung. Die einzige Ausnahme fand sich hinsichtlich des fehlenden Fahrstuhls. Dieses Problem wurde in der Mehrzahl der Fälle (28,2%) von den 65- bis 74-Jährigen benannt.

Abb. 25: Krankheitsbezogene Wohnprobleme, differenziert nach Altersgruppen

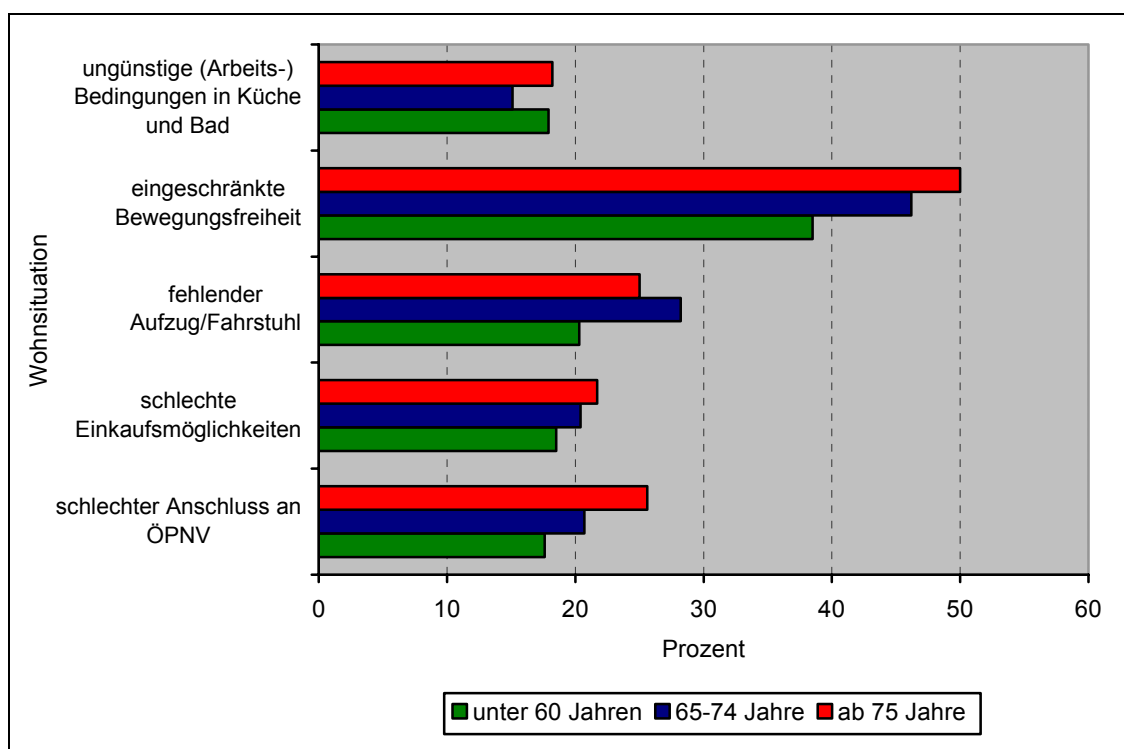


Abb. 25 zeigt, wie viel Prozent der Rehabilitanden (n = 393), differenziert nach den groben Altersgruppen (unter 65 Jahre, 65-74 Jahre und ab 75 Jahre) ihre Wohnsituation, differenziert in: ungünstige (Arbeits-)Bedingungen in Küche und Bad, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, fehlender Aufzug/Fahrstuhl, schlechte Einkaufsmöglichkeiten sowie schlechter Anschluss an ÖPNV, als problematisch ansehen und mit „trifft zu“ bewerten.

In einer genauen Analyse des Fragenkomplexes zu krankheitsbezogenen Wohnproblemen bei Rehabilitanden bis zum 84. Lebensjahr, differenziert in 5-Jahres-Gruppen, kristallisiert sich allerdings nicht die älteste Gruppe (80-bis 84-Jährige) als diejenige heraus, die von Problemen mit der Wohnsituation am meisten betroffen war, sondern die Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen, die in vier von fünf Fragen prozentual die meisten Fälle stellt. Eine Ausnahme zeigte sich nur bei der Beurteilung des Anschlusses an den öffentlichen Personennahverkehr. Dieser wurde ebenso häufig bzw. geringfügig mehr von der Altersgruppe der 80-bis 84-Jährigen bemängelt (30% der Fälle) wie von den 70- bis 74-Jährigen (28,8%). Dieser Befund über die Betroffenheit der Patienten im Alter zwischen 70 und 74 Jahren bestätigt sich auch mit dem niedrigsten Mittelwert von 8,29 ($\pm 1,7$) über den gesamten Fragenkomplex gegenüber den Altersgruppen zwischen <60 Jahren und 80- bis 84-Jahren (5-Jahres-Gruppen).

Hinsichtlich der krankheitsbezogenen Probleme mit der Wohnsituation wurde, wie schon beim sozialen Umfeld, sowohl mit den körperlichen und psychischen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch mit der allgemeinen Lebensqualität jeweils ein hoch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen. So betrug der Korrelationskoeffizient zwischen der Wohnsituation und den körperlichen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 0,26 ($p < 0,001$). Hinsichtlich der psychischen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Wohnsituation war der Korrelationskoeffizient mit 0,19 etwas geringer, aber ebenfalls signifikant ($p < 0,001$). Zwischen der Wohnsituation und der allgemeinen Lebensqualität bestand ein Zusammenhang von 0,23 ($p < 0,001$).

Wohnprobleme waren nicht nur im Zusammenhang mit der Lebensqualität von Interesse, sondern auch für das Ausmaß der im Lebensalltag empfundenen Sicherheit bedeutsam. So zeigten die Ergebnisse einen signifikanten Unterschied der empfundenen Sicherheit in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Patienten sowie von deren Erkrankung. Die Frage: „Wie sicher fühlen Sie sich in ihrem täglichen Leben?“ beantworteten am Ende der Rehabilitation 61,3% der unter 65-Jährigen gegenüber 55,6% der 65- bis 74-Jährigen und 37,5% der über 74-Jährigen mit „ziemlich“ und „äußerst“. Diese vom Alter der Patienten abhängigen hoch signifikanten Unterschiede zu T2 ($p = 0,004$) waren auch drei Monate nach der Rehabilitation noch erkennbar, jedoch nicht mehr signifikant ($p = 0,530$). Allerdings waren es bei den unter 65-Jährigen nur noch 53,8%, die sich „ziemlich“ und „äußerst“ sicher fühlten, während dies noch bei 54,8% der 65- bis 74-Jährigen und 39,5% der über 74-Jährigen zutraf.

Dagegen zeigte sich der signifikante Unterschied im subjektiven Sicherheitsempfinden von Männern und Frauen [vgl. Abbildung 26] über alle drei Befragungszeitpunkte, auch wenn sich die Differenz (T1: 19,9%; T2: 14,4%; T3: 16,9%) etwas verringerte. So fühlten sich bei Aufnahme 57,3% der männlichen Patienten und 37,4% der weiblichen im Alltag sicher

($p = 0,001$). Am Ende der Rehabilitation konnten die Frauen ihr positives Sicherheitsgefühl auf 47,8% steigern (Männer 62,2%). Drei Monate danach hatte sich der signifikante Unterschied vom Zeitpunkt T2 ($p = 0,015$) wieder leicht zu Ungunsten der Frauen verändert. 44,6% der weiblichen Patienten und 61,5% der männlichen Patienten fühlten sich zum Zeitpunkt T3 noch im Alltag sicher ($p = 0,027$).

Bei der Auswertung der Befunde im Hinblick auf die drei¹ wichtigsten ICD-Diagnosen zeigte sich bei den Patienten mit einer postoperativen Kniegelenkerkrankung drei Monate [vgl. Abbildung 26] nach der Rehabilitation mit 47,8% der geringste Anteil an subjektiv empfundener Sicherheit. 61,8% der Patienten mit einer postoperativen Hüftgelenkerkrankung und 50,5% mit einer Wirbelsäulenerkrankung fühlten sich im Alltag „ziemlich“ bzw. „äußerst“ sicher ($p = 0,008$).

Abb. 26: Ausmaß der im Alltag empfundenen Sicherheit zu T3 in Abhängigkeit von Geschlecht, ICD-Diagnose, Schweregrad und Chronifizierung der Erkrankung

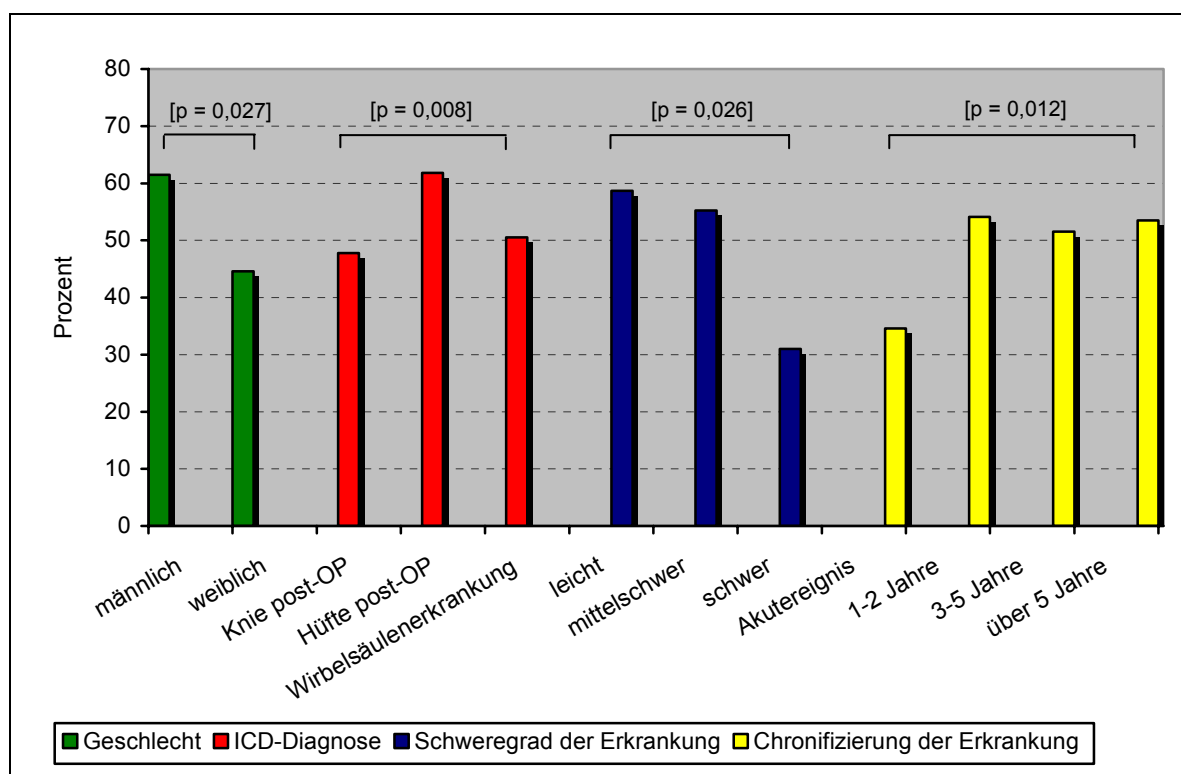


Abb. 26 zeigt in Prozent die empfundene Sicherheit der Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt T3 entsprechend der Variablen: Geschlecht (n = 386), ICD-Diagnose (n = 334) postoperative Kniegelenk- sowie Hüftgelenkerkrankung und Wirbelsäulenerkrankung, den Schweregraden der Erkrankung (n = 298) „leicht“, „mittelschwer“ sowie „schwer“ und dem Grad der Chronifizierung (n = 363) entsprechend der Dauer der Erkrankung.

¹ Die Patienten mit einer Oberschenkelhalsfraktur wurden aufgrund der geringen Fallzahl (n = 16) bei der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt.

Damit hatte das Sicherheitsgefühl der Patienten mit einer postoperativen Kniegelenkerkrankung zwar seit Beginn der Rehabilitation zugenommen (T1 = 40,6%), jedoch war die Steigerung der subjektiven Sicherheit bei den Patienten mit einer Wirbelsäulenerkrankung (T1 = 36,5%) noch größer. Der Unterschied zwischen den drei Diagnosen war damit bei Aufnahme noch deutlicher und hoch signifikant ($p < 0,001$). Die Patienten mit einer postoperativen Hüftgelenkerkrankung verzeichneten bereits bei Aufnahme mit 57,1% den höchsten Anteil subjektiv empfundener Sicherheit.

Ebenfalls im häuslichen Umfeld, drei Monate nach der Rehabilitation [vgl. Abbildung 26], wurde ein geringerer Anteil an subjektiv empfundener Sicherheit (31% ziemlich/ äußerst sicher) von schwer erkrankten Patienten gegenüber den leichten (58,7%) und mittelschweren (55,2%) Erkrankungsgraden deutlich ($p = 0,026$). Darüber hinaus gaben Patienten nach einem Akutereignis seltener (34,6%) an, sich „ziemlich“ bzw. „äußerst“ sicher zu fühlen als Patienten, die bereits länger erkrankt waren (1 bis 2 Jahre = 54,1%; 3 bis 5 Jahre = 51,5%; über 5 Jahre 53,5%). Auch dieser Unterschied im Sicherheitsempfinden der Patienten in Abhängigkeit von der Dauer der Erkrankung war signifikant ($p = 0,012$).

4.2.5 Lebensqualität

4.2.5.1 Allgemeine Lebensqualität

Zur Darstellung der »allgemeinen Lebensqualität« der Probanden wurde ein Summenscore aus neun Fragen gebildet, der neben einer direkten Frage zur wahrgenommenen Lebensqualität Aspekte wie Sicherheit, Schlaf, Sexualeben, wahrgenommene Unterstützung, Lebenssinn usw. enthielt. Dieser Score wurde zu allen drei Befragungszeitpunkten (T1, T2 und T3) ermittelt, um die tendenzielle Veränderung der allgemeinen Lebensqualität darzustellen¹.

Zum Zeitpunkt T1 betrug der Mittelwert des Summenscores ($n = 385$) der allgemeinen Lebensqualität 27,52 ($\pm 5,3$) und lag damit auf der Bewertungsskala etwa in der Mitte. Der niedrigste ermittelte Summenscore lag bei 11,5 und der höchste bei 40. Der Mittelwert für die allgemeine Lebensqualität zum Zeitpunkt T2 lag gegenüber T1 mit einem Wert von 28,81 ($\pm 4,8$) etwas höher, was eine leichte Verbesserung der Lebensqualität vermuten lässt. Zum dritten Befragungszeitpunkt erreichte der Summenscore einen Mittelwert von 28,16 ($\pm 5,3$) und lag damit zwar noch über dem Wert von T1, aber bereits wieder unter dem von T2.

Durch die drei vorhandenen Werte konnte für jeden Patienten die tendenzielle Veränderung der allgemeinen Lebensqualität im Zeitablauf abgebildet werden. So ergab sich zum Zeitpunkt T2 für 57,1% eine Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität gegenüber der ersten

¹ Methodenhinweis: Ein höherer Summenscore entsprach einer besseren allgemeinen Lebensqualität. Der kleinstmögliche Wert lag bei 9 und der größtmögliche bei 45.

Befragung, für 11,7% der Patienten blieb sie unverändert und bei knapp einem Drittel (31,3%) der Patienten verschlechterte sie sich. Zum Zeitpunkt T3 wurde für 51% der Probanden ein Lebensqualitätanstieg, für 7,8% keine Veränderung und für 41,2% eine Verschlechterung gegenüber dem Befragungszeitpunkt T1 ermittelt.

Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Lebensqualitätparameter (n = 383) zeigte kaum Unterschiede in den Altersgruppen über dem 60. bis zum 84. Lebensjahr. Lediglich die unter 60-Jährigen lagen mit einem Mittelwert von 24,39 (± 5,9) unterhalb der Mittelwerte der anderen Altersgruppen, die minimal 27,14 (± 5,6) (60- bis 64-Jährigen) und maximal 28,80 (± 4,8) (65- bis 69-Jährige) erreichten. Diese schlechtere Einschätzung der Lebensqualität durch die unter 60-Jährigen blieb trotz Steigerung des Mittelwertes auch im Anschluss an die Rehabilitation und drei Monate später bestehen.

Die Verlaufsbeurteilung über alle drei Zeitpunkte zeigte in allen Altersgruppen eine Steigerung des Mittelwertes zur allgemeinen Lebensqualität zum Zeitpunkt T2. In den Altersgruppen bis zum 79. Lebensjahr verschlechterte sich der Mittelwert bei der Befragung drei Monate nach der Rehabilitation, wobei dieser in der Regel nicht unter den Ausgangswert abfiel. Ausnahme bildete die Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen, die nach drei Monaten auf ihre Ausgangswerte zurückfielen. Dagegen konnte die geringfügige Verbesserung des Mittelwertes der 80- bis 84-Jährigen von 28,14 (± 3,9) (T1) auf 28,63 (± 5,1) zu T2 auch drei Monate später gehalten werden 28,65 (± 4,9).

Abb. 27: Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2 differenziert nach Alter

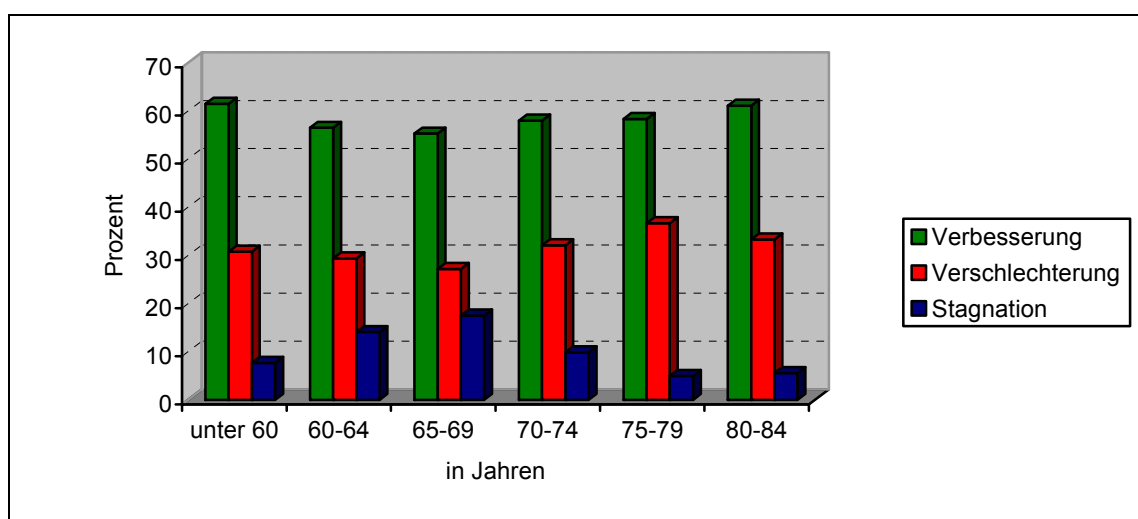


Abb. 27 zeigt in Prozent die berechneten Veränderungen der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2, differenziert nach Altersgruppen im Hinblick auf Verbesserung, Verschlechterung oder Stagnation (n = 397).

Bei der altersspezifischen Betrachtung der Veränderung des Summenscores der allgemeinen Lebensqualität [vgl. Abbildung 27] von T1 nach T2 (n = 397) betrug der berechnete Anteil an Verbesserung minimal 55,3% und maximal 61,5% bzw. 61,1%. Die höchsten prozentualen Anteile wurden einerseits von der jüngsten (unter 60-Jährigen) und andererseits von der ältesten Gruppe (80- bis 84-Jährigen) erreicht. Die 65- bis 69-Jährigen wiesen hingegen den dargestellten geringsten Anteil an positiven Verläufen auf. Hier fand sich darüber hinaus mit 17,5% der höchste Anteil an Stagnation. Eine Verschlechterung der Lebensqualität fand sich mit einem Anteil von 36,7% am häufigsten unter den 75- bis 79-jährigen Rehabilitanden.

Ein anderes Bild zeigte sich bei Betrachtung des Zeitraumes zwischen der Aufnahme in der Rehabilitation und drei Monate nach Entlassung (n = 381). Der Anteil derjenigen, deren Lebensqualität von T1 nach T3 anstieg [vgl. Abbildung 28], war geringer als der Anteil an Verbesserungen von T1 zu T2.

Abb. 28: Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T3 (T2), differenziert nach Alter

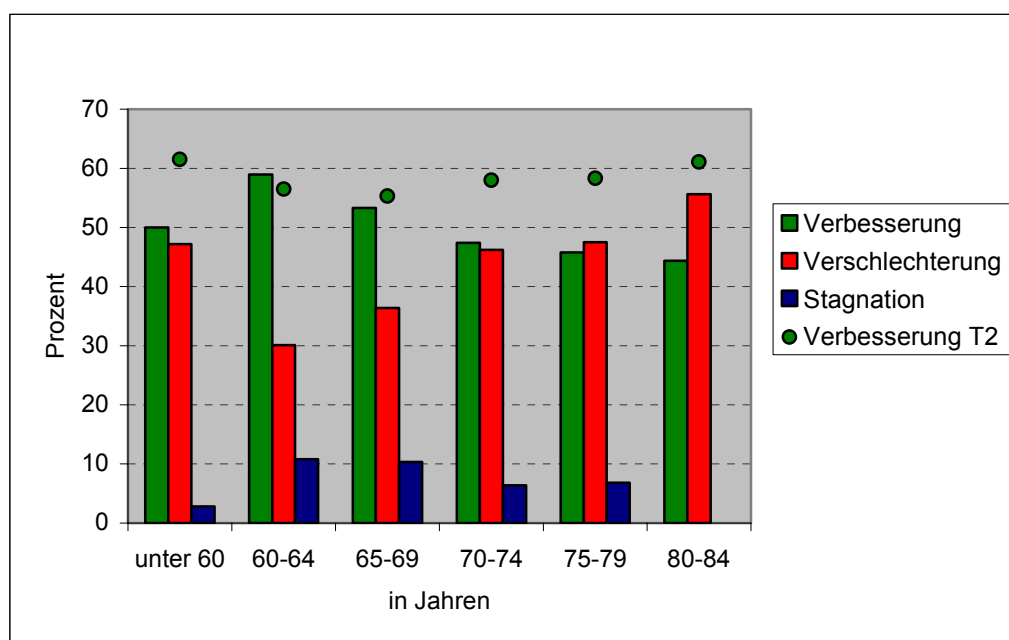


Abb. 28 zeigt in Prozent die berechneten Veränderungen der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T3, differenziert nach Altersgruppen im Hinblick auf Verbesserung, Verschlechterung oder Stagnation (n = 381).

In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen war mit 59% der Anteil derer, die eine Verbesserung aufwiesen, am größten und mit den Ergebnissen zum Zeitpunkt T2 vergleichbar. Mit Anstieg des Alters sank jedoch zunehmend der Anteil der Probanden mit einer verbesserten allgemeinen Lebensqualität und erreichte bei den 80- bis 84-Jährigen nur noch einen Anteil von 44,8%. Demgegenüber stieg der Anteil mit einer Verschlechterung der Lebensqualität aus-

gehend von der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen von 30,1% kontinuierlich bis auf 55,6% in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen. Lediglich die Altersgruppe der unter 60-Jährigen fiel aus dieser Auf- bzw. Abwärtstendenz heraus. Sie zeigte zwar mit einem Anteil von 50% für Verbesserung und 47,2% für Verschlechterung plus 2,7% für Stagnation ein ausgeglichenes Ergebnis zwischen positiven und negativen Verläufen, war aber trotzdem schlechter als zum Zeitpunkt T2.

Interessante Ergebnisse ergab eine geschlechterspezifische Betrachtung der allgemeinen Lebensqualität [vgl. Abbildung 29]. So war der Mittelwert des Summenscores bei den Männern ($n = 150$) zu allen drei Zeitpunkten höher als bei den Frauen ($n = 235$). Zum Zeitpunkt T1 betrug der Mittelwert bei den Männern 28,86 ($\pm 5,6$) und bei den Frauen 26,60 ($\pm 4,9$), zu T2 lag er bei den Männern bei 29,86 ($\pm 5,1$) und bei den Frauen bei 28,14 ($\pm 4,5$) und zu T3 hatten die Männer einen mittleren Summenscore von 29,20 ($\pm 5,3$) und die Frauen von 27,49 ($\pm 5,2$).

Abb. 29: Allgemeine Lebensqualität zu allen drei Zeitpunkten, differenziert nach Geschlecht

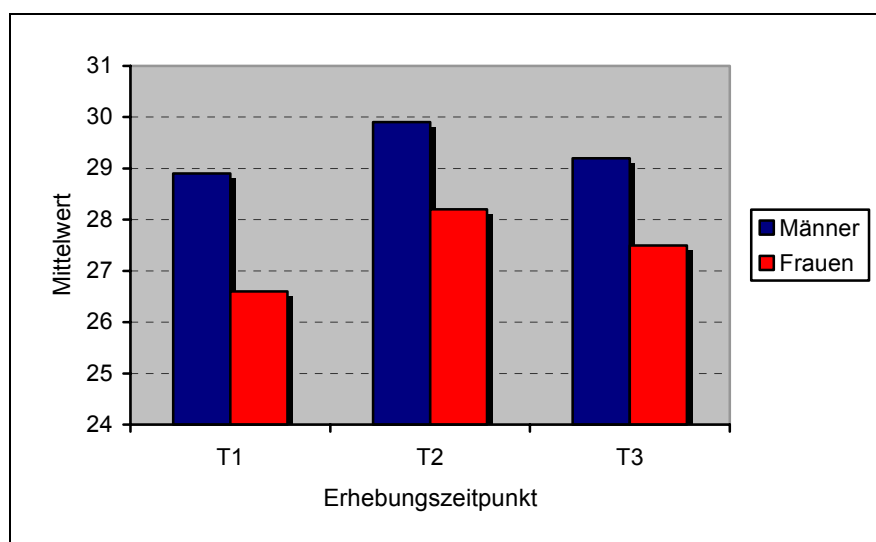


Abb. 29 zeigt die unterschiedliche Ausprägung der Mittelwerte des Summenscores der allgemeinen Lebensqualität bei Männern ($n = 150$) und Frauen ($n = 235$) zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 ($n = 388$).

Da diese Unterschiede zu allen drei Zeitpunkten auftraten, kann man davon ausgehen, dass die Lebensqualität der Männer unabhängig von der Therapie besser war. Im zeitlichen Verlauf von T1 zu T2 und T3 verringert sich die Differenz zwischen den Lebensqualitätswerten der Männer und der Frauen. Die abnehmenden Differenzen erklären sich über den höheren Anteil an Fortschritten bei den weiblichen Patienten [vgl. Abbildung 30].

Abb. 30: Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2, differenziert nach Geschlecht

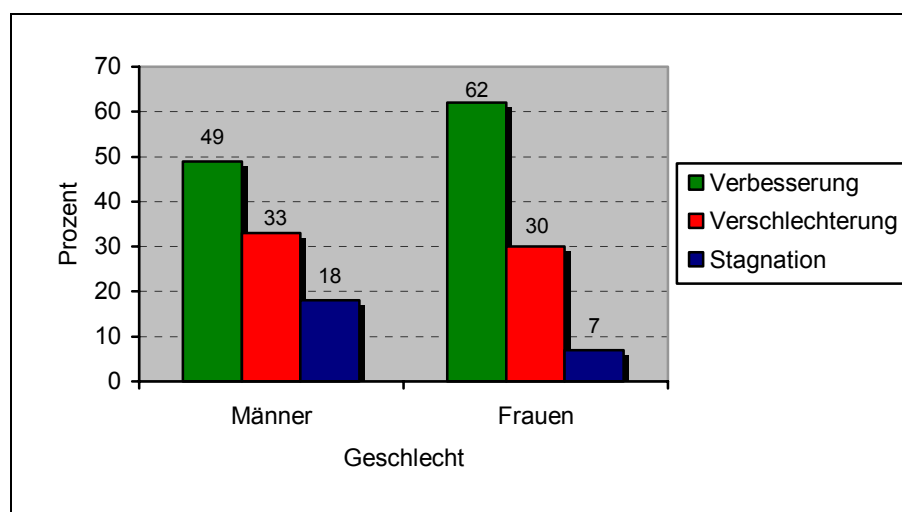


Abb. 30 zeigt in Prozent die berechneten Veränderungen der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2, differenziert nach Geschlecht im Hinblick auf Verbesserung, Verschlechterung oder Stagnation ($n = 403$).

Die Verbesserung des Summenscores der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2 ist bei den Frauen mit einem Anteil von 62,4% stärker ausgeprägt als bei den Männern mit 48,7%. In beiden Gruppen war ein ungefähr gleich hoher Anteil mit einer Verschlechterung der Lebensqualität zu finden (Männer 32,9% und Frauen 30,2%). Mit einem bedeutend größeren Anteil unter den männlichen Patienten (18,4%) traten gegenüber den weiblichen Patienten (7,3%) keine Veränderungen auf. Dieser geschlechterspezifische Unterschied in der Veränderungsdarstellung von T1 nach T2 war hoch signifikant ($p = 0,001$).

Für den Zeitraum von T1 nach T3 waren keine statistisch signifikanten Differenzen zwischen Männern und Frauen bezüglich der Veränderung des Summenscores der allgemeinen Lebensqualität zu beobachten ($p = 0,831$). Bei beiden Gruppen lag der Anteil an Verbesserungen etwa bei 51% und die Verschlechterung bei ca. 41%.

Unter Berücksichtigung der Variable „Schweregrad der Erkrankungen“ konnten die folgenden Aussagen getroffen werden: Der Anteil der Patienten, deren allgemeine Lebensqualität sich zu T2 verbesserte, war in allen drei Schweregradkategorien höher als der Anteil mit Verschlechterungen [vgl. Abbildung 31]. Er betrug 55,1% bei Patienten mit leichtem Schweregrad, 55,5% bei mittlerem Schweregrad und 61,4% bei schwerem Schweregrad. Der Anteil der Patienten mit einer Verschlechterung der allgemeinen Lebensqualität von T1 zu T2 stieg mit dem Schweregrad der Erkrankung an. Gaben von den leichter erkrankten Patienten nur 28,2% einen Rückschritt an, so waren es bei den Patienten mit hohem Schweregrad der Erkrankung schon 34,1%. Diese Tendenz war allerdings nicht signifikant ($p = 0,313$).

Abb. 31: Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2/ T3, differenziert nach Schweregrad der Erkrankung

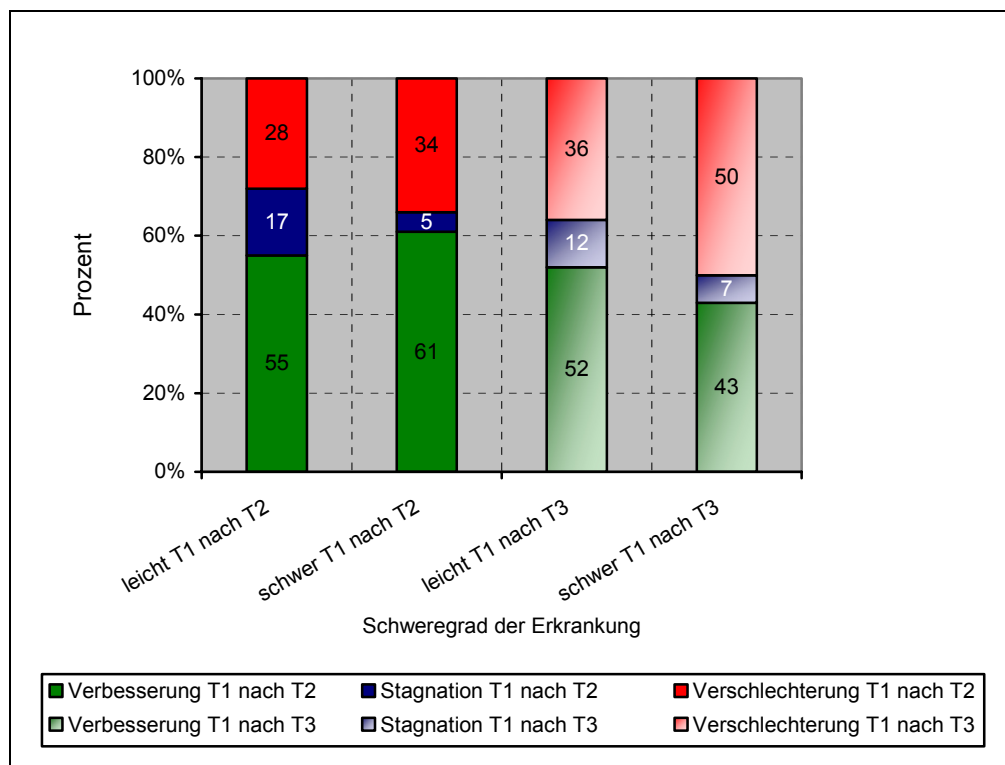


Abb. 31 zeigt im Vergleich die berechneten Veränderungen der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2 (n = 313) und T1 nach T3 (n = 298), bei Patienten mit leichter und schwerer Ausprägung der Erkrankungen im Hinblick auf Verbesserung, Verschlechterung oder Stagnation.

Für den Zeitraum von der Aufnahme in der Rehabilitation bis drei Monate nach der Entlassung ergab sich ein etwas anderes Bild [vgl. Abbildung 31]. Wie von T1 zu T2 nahm auch von T1 nach T3 der Anteil an Patienten ohne Veränderung der Lebensqualität mit steigendem Schweregrad der Erkrankung ab. Darüber hinaus wurde der Anteil der Verbesserungen mit Zunahme des Schweregrades kleiner, während der Anteil der Verschlechterung stark zunahm. 50% der Patienten mit schwerer Erkrankung erlebten eine Verschlechterung und nur 42,9 % eine Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität. Demgegenüber erlebten 52% der Patienten mit leichter Haupterkrankung eine Verbesserung und nur 36% eine Verschlechterung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T3. Auch diese Veränderungstendenzen von T1 nach T3 in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung waren nicht signifikant (p = 0,330).

Die Betrachtung der Veränderung der allgemeinen Lebensqualität unter Berücksichtigung der Variable „Chronifizierung der Haupterkrankung“¹ ergab für den Zeitraum von T1 nach T2

¹ Die Chronifizierung der Haupterkrankung wurde in vier Ausprägungen dargestellt: das Akutereignis, die Chronifizierung weniger als ein Jahr bis 2 Jahre, die Chronifizierung 3 bis 5 Jahre sowie über 5 Jahre.

(n = 378), dass Patienten, die seit ein bis zwei Jahren unter ihrer Erkrankung litten, den größten Anteil an Verbesserungen aufwiesen (60,8%). Zum Zeitpunkt T3 (n = 363) hingegen gaben die seit drei bis fünf Jahren erkrankten Probanden am häufigsten Verbesserungen an (57,4%). Probanden, die wegen eines Akutereignisses in der stationären orthopädischen Rehabilitation waren, hatten dagegen zu beiden Erhebungszeitpunkten den geringsten Anteil an Verbesserungen (T2 = 51,7% und T3 = 38,5%). Entsprechend wies diese Gruppe Akutkranker den höchsten Anteil an Verschlechterung auf, 37,9% zum Zeitpunkt T2 und 53,8% zum Zeitpunkt T3. Bei der Entlassung aus der Rehabilitation zeigte die Chronikergruppe mit ein bis zwei Jahren Erkrankungszeit den geringsten Anteil an Verschlechterung (25,6%); bei der Befragung drei Monate später hatten die seit drei bis fünf Jahren erkrankten Probanden mit 32,7% den geringsten Anteil. Keine Veränderung des Summenscores der allgemeinen Lebensqualität trat in allen Gruppen gleichmäßig mit einem Anteil von ca. 12% bei T2 auf, bei T3 fiel dieser Anteil auf etwa 8% ab. Die hier aufgezeigten Veränderungen in Abhängigkeit der Dauer der Erkrankungen war weder zu T2 ($p = 0,853$) noch zu T3 ($p = 0,523$) signifikant.

Mit dem Fokus auf die wichtigsten drei ICD-Diagnosen war für den Zeitraum von T1 nach T2 erkennbar [vgl. Abbildung 32], dass Patienten mit Wirbelsäulenbeschwerden ohne Frakturen mit 64,8% den größten und Patienten nach einer Knieoperation mit 53,8% den geringsten Anteil an Verbesserungen der allgemeinen Lebensqualität aufwiesen. Verschlechterungen traten am seltensten (27,7%) bei der ICD-Diagnose Zustand nach Hüftgelenkersatz auf. Bei einem gleichzeitig nicht so hohen Anteil an Verbesserungen (56,9%) ergab sich hier der größte Anteil an Patienten, die keine Veränderung (15,4%) der Lebensqualität beschrieben. Am häufigsten (37,4%) traten Verschlechterungen der allgemeinen Lebensqualität bei der ICD-Diagnose Zustand nach Kniegelenkersatz auf.

Für die Zeitspanne zwischen T1 und T3 [vgl. Abbildung 32] wiesen die Probanden nach einer Hüftoperation den größten (58,9%) und Patienten mit einer Wirbelsäulenerkrankung den geringsten Anteil (51%) an Verbesserungen auf. Entsprechend hoch war in der Patientengruppe mit Wirbelsäulenerkrankungen der Anteil (44,2%) derer, bei denen sich drei Monate nach der Entlassung eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität einstellte. Bei der ICD-Diagnose Zustand nach Hüftgelenkersatz war der geringste Anteil (31,5%) an Verschlechterungen zu verzeichnen. Wie schon bei den Befunden zur Chronifizierung und zum Schweregrad der Haupterkrankung deutlich wurde, nahm der Anteil der Probanden mit Verschlechterungen drei Monate nach Entlassung in allen Gruppen zu, insbesondere bei den Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen. Insgesamt veränderte sich das Veränderungsergebnis bei der ICD-Diagnose Zustand nach Kniegelenkersatz am wenigsten.

Abb. 32: Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2/ T3, differenziert nach ICD-Diagnose

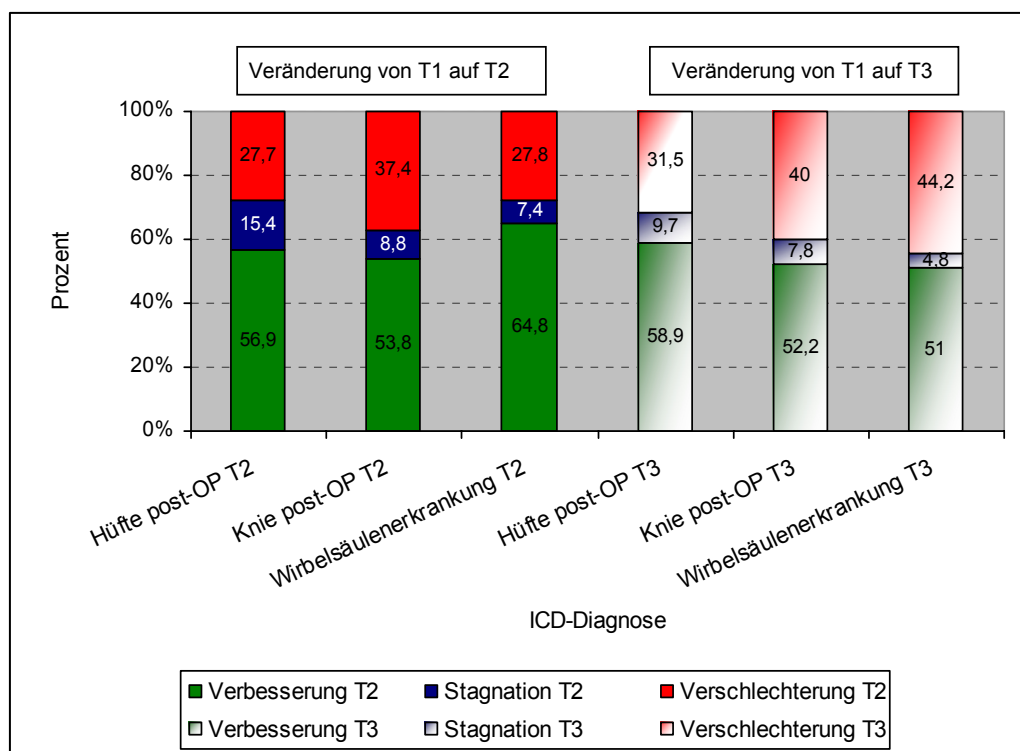


Abb. 32 zeigt die berechneten Veränderungen der allgemeinen Lebensqualität, differenziert nach den ICD-Diagnosen von T1 auf T2 (n = 329) sowie T1 auf T3 (n = 318) im Hinblick auf Verbesserung, Verschlechterung oder Stagnation im Vergleich.

Bei der ICD-Diagnose Zustand nach Hüftgelenkersatz wird deutlich, dass der Anteil an Patienten, deren Lebensqualität stagnierte, zum Zeitpunkt T3 geringer ausfällt. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass möglicherweise auf lange Sicht die Auswirkungen auf die allgemeine Lebensqualität bei Patienten nach einer Hüftoperation am stärksten sind. Die hier deutlich werdenden Tendenzen sind zu T2 ($p = 0,240$) und zu T3 ($p = 0,333$) nicht signifikant.

Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt, das aus Sicht der Patienten verschiedene Komponenten beinhaltet, wird indirekt über die Verwendung von Indikatoren erschlossen. Ausgehend von dieser Definition basieren die zuvor dargestellten Ergebnisse, unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Diagnosen usw.), auf der Grundlage eines Summenscores. Eine der zur Bildung des Scores herangezogenen Fragen war direkt auf die subjektiv empfundene allgemeine Lebensqualität ausgerichtet und lautete zu allen drei Zeitpunkten: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“. Die Auswertung dieser direkten Frage unterstreicht nochmals die zuvor erhobenen Befunde: hinsichtlich eines Rückschritts im Gesamtergebnis der allgemeinen Lebensqualität zum Zeit-

punkt T3 sowie hinsichtlich einer schlechteren Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität durch jüngere und weibliche Rehabilitanden.

Bei Aufnahme (n = 440) gaben 29,3% eine sehr gute (1,8%) bis gute (27,5%) Lebensqualität an, fast die Hälfte (47,3%) beurteilte sie als mittelmäßig und knapp ein Viertel als schlecht (18,6%) bis sehr schlecht (4,8%) [vgl. Abbildung 33]. Zum Zeitpunkt T2 (n = 406) war eine Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität erkennbar. Insgesamt 39,9% der Patienten beschrieben ihre Lebensqualität als sehr gut (3,2%) bis gut (36,7%) sowie 52,7% als mittelmäßig. Nur noch 7,4% bezeichneten ihre Lebensqualität als schlecht (6,7%) oder sehr schlecht (0,7%).

Abb. 33: Antworten auf die Frage: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3

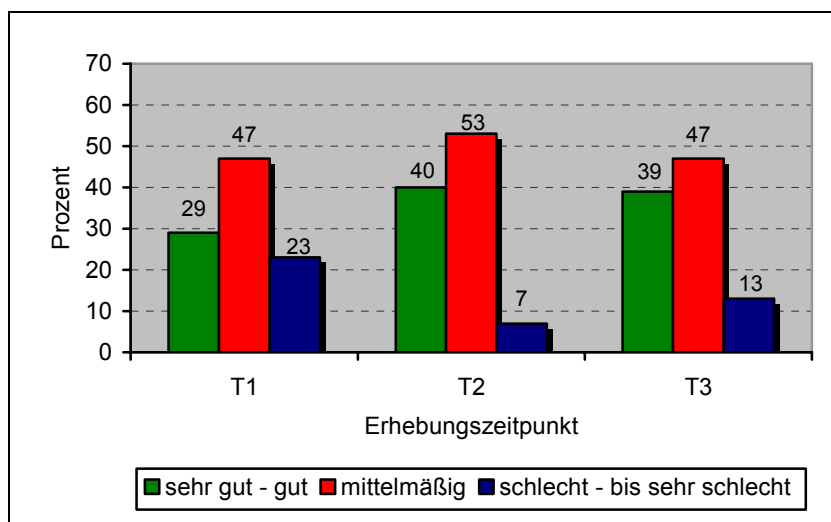


Abb. 33 gibt Auskunft über die prozentuale Verteilung der Probandenantworten zu den drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“. Die beiden höchsten und die beiden niedrigsten Antwortkategorien wurden zusammengefasst (n = 388).

Die Auswertung der T3-Fragebögen (n = 388) ergab eine leicht negative Tendenz gegenüber T2 mit 39,2% der Patienten, die eine sehr gute (1,3%), gute (37,9%) Lebensqualität hatten und 47,4% mit mittelmäßiger Lebensqualität. Das Ergebnis zu T3 war jedoch besser als zu Beginn der Untersuchung, da die Probandengruppe, die „sehr gut“ bis „gut“ angab, um 10% größer wurde und die Gruppe mit der Lebensqualitätangabe „schlecht“ bis „sehr schlecht“ um 10% kleiner im Vergleich zu T1.

Eine altersspezifische Betrachtung zum Zeitpunkt T1 ergab, dass Patienten über 65 Jahre die Frage nach ihrer allgemeinen Lebensqualität positiver beantworteten als jüngere. 29,3% der jungen Patienten gaben eine schlechte (20%) bis sehr schlechte (9,3%) Lebensqualität

gegenüber etwa 21% (schlecht = 18,6% und sehr schlecht = 2,4%) bei den 65- bis 74-Jährigen an. Ab dem 75. Lebensjahr der Patienten lag der Anteil derjenigen, die ihre Lebensqualität negativ beurteilen, nur bei 20% (schlecht = 16,7%, und sehr schlecht = 3,3%). Dieses altersdifferenzierte Gesamtergebnis zeigte sich zum Zeitpunkt T3 erneut, wenn auch nicht so deutlich, und war zu allen Zeitpunkten (T1: $p = 0,211$; T2: $p = 0,852$; T3: $p = 0,290$) nicht signifikant.

Aus geschlechtsspezifischer Sicht beurteilten die Frauen ihre Lebensqualität schlechter als die Männer. Nur 23,7% der weiblichen Patienten bezeichneten ihre Lebensqualität als sehr gut bis gut, 26% jedoch als schlecht bis sehr schlecht. Demgegenüber gaben bei den männlichen Probanden 37,3% eine sehr gute bis gute Lebensqualität und nur 19,7% eine schlechte bis sehr schlechte Lebensqualität an. Die Geschlechterunterschiede blieben über alle drei Zeitpunkte konstant, auch, wenn sich zum Zeitpunkt T2 die Differenz nicht so ausgeprägt darstellte. Die Unterschiede in der Lebensqualität waren zu T1 signifikant ($p = 0,028$), nicht mehr jedoch zu T2 ($p = 0,097$) und T3 ($p = 0,090$).

Unter Berücksichtigung der Dauer (Chronifizierung) der Erkrankung konnte festgestellt werden, dass am Ende der Rehabilitation die Lebensqualität bei Patienten nach einem Akutereignis ($n = 380$) weniger positiv beurteilt wurde als bei den länger vorliegenden Erkrankungen. 30% der Patienten mit einem Akutereignis bezeichneten ihre Lebensqualität als „gut“ bis „sehr gut“, gegenüber einem Anteil von ca. 40% in den Chronikergruppen (bis 2 Jahre = 42,1%; 3 bis 5 Jahre = 43,9%; über 5 Jahre = 41,1%). Der Einfluss der Dauer der Erkrankung auf das Urteil zur Lebensqualität war zu diesem Zeitpunkt hoch signifikant ($p = 0,006$).

Zum Zeitpunkt T3 hatten insbesondere zwei Patientengruppen auffallende Befunde [vgl. Tabelle 17]: Das Urteil über die Lebensqualität bei schwer erkrankten Patienten (21,4% sehr schlecht bis schlecht) fiel signifikant ($p = 0,015$) negativer aus als gegenüber Patienten mit mittleren (14,3%) und leichten (3,9%) Schweregraden.

Dieses Ergebnis war insofern interessant, da sich der Befund bei Entlassung aus der Rehabilitation ($p = 0,427$) anders darstellte. 11,4% der schwer Erkrankten und 9,8% der mittelschweren Grade beurteilten zum Zeitpunkt T2 ihre Lebensqualität als sehr schlecht bis schlecht. Nur die leicht erkrankten Rehabilitanden wiesen drei Monate zuvor einen identisch hohen Anteil (3,8%) auf.

Die zweite Gruppe, die zum Zeitpunkt T3 Einbußen in der Lebensqualität hinnehmen musste, waren die Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen. Während nur 8,1% der Patienten nach einem Hüftgelenkersatz und 13,2% nach einem Kniegelenkersatz ihre Lebensqualität als sehr schlecht bis schlecht beurteilten, waren es 25,7% der Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen.

Tab. 17: Lebensqualitätsurteil nach Diagnose und Schweregrad der Erkrankung zu T2 und T3

| In % | T2 | | | T3 | | |
|---|----------------------------|--------------|-------|----------------------------|--------------|-------|
| | schlecht/ sehr schlecht | gut/sehr gut | p = | schlecht/ sehr schlecht | gut/sehr gut | p = |
| (T2 n = 316) Schweregrad der Erkrankung (T3 n = 300) | | | | | | |
| leichte Erkrankung | 3,8 | 44,3 | 0,427 | 3,9 | 44,7 | 0,015 |
| mittelschwere Erkrankung | 9,8 | 38,9 | | 14,3 | 43,4 | |
| schwere Erkrankung | 11,4 | 27,2 | | 21,4 | 19,1 | |
| (T2 n = 330) ICD-Diagnose (T3 n = 320) | | | | | | |
| Hüftgelenkersatz post-OP | 7,6 | 44,2 | 0,372 | 8,1 | 54,0 | 0,031 |
| Kniegelenkersatz post-OP | 8,6 | 39,8 | | 13,2 | 46,2 | |
| Wirbelsäulenerkrankung | 4,7 | 38,6 | | 25,7 | 33,3 | |

Tab. 17 zeigt die prozentuale Verteilung der Probanden, die, differenziert nach Schweregrad der Erkrankung und Diagnose, auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ zu den Erhebungszeitpunkten T2 und T3 mit schlecht/sehr schlecht und gut/sehr gut antworten.

Die Unterschiede in der Lebensqualität waren signifikant ($p = 0,031$). Dieser Befund gewinnt ebenfalls erst durch den Vergleich mit den Ergebnissen zum Zeitpunkt T2 ($p = 0,372$) an Bedeutung. Lediglich 4,7% der Wirbelsäulenerkrankten gaben direkt nach der Rehabilitation eine sehr schlechte bis schlechte Lebensqualität an (Hüft- und Kniegelenkerkrankung post-OP 7,6%; 8,6%).

4.2.5.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche über die subjektive Wahrnehmung von körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekten von Befinden und Verhalten verkörpert wird (Bullinger et al. 2003), wurde zu allen drei Zeitpunkten durch den SF-12 abgebildet¹. Der jeweils berechnete Mittelwert gibt Auskunft über den vom Patienten empfundenen körperlichen Gesundheitszustand in der körperlichen Summenskala bzw. über seinen subjektiven seelischen Gesundheitszustand in der psychischen Summenskala und ist damit Ausdruck für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Probanden dieser Untersuchung zeigten bei der Analyse der körperlichen Summenskala (n = 386) eine kontinuierliche Steigerung [vgl. Abbildung 34] der Mittelwerte² von 30,99 ($\pm 7,6$) zum Zeitpunkt T1 über 33,72 ($\pm 8,2$) bei T2 auf 34,18 ($\pm 8,4$) bei T3. Werden die Ver-

¹ Methodenhinweis: Die statistische Auswertung erfolgte nach Vorgaben für diesen standardisierten Fragebogen. Unter Einbeziehung aller 12 Variablen konnte durch unterschiedliche Gewichtungsverfahren jeweils eine körperliche oder eine psychische Summenskala gebildet werden.

² Methodenhinweis: Je höher der Mittelwert desto besser war der subjektive Gesundheitszustand.

änderungen für die einzelnen Patienten von einem Erhebungszeitpunkt zum anderen betrachtet, so können folgende Aussagen getroffen werden: Von T1 nach T2 (n = 404) verbesserten sich bei 65,8% der Patienten die Werte der körperlichen Summenskala, bei 31,7% trat eine Verschlechterung und bei 2,5% keine Veränderung ein. Auch für die Zeitspanne zwischen T1 und T3 (n = 386) gab es wesentlich mehr Fälle an Verbesserungen (68,9%) als Verschlechterungen (31,1%).

Abb. 34: Subjektiver körperlicher und psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3

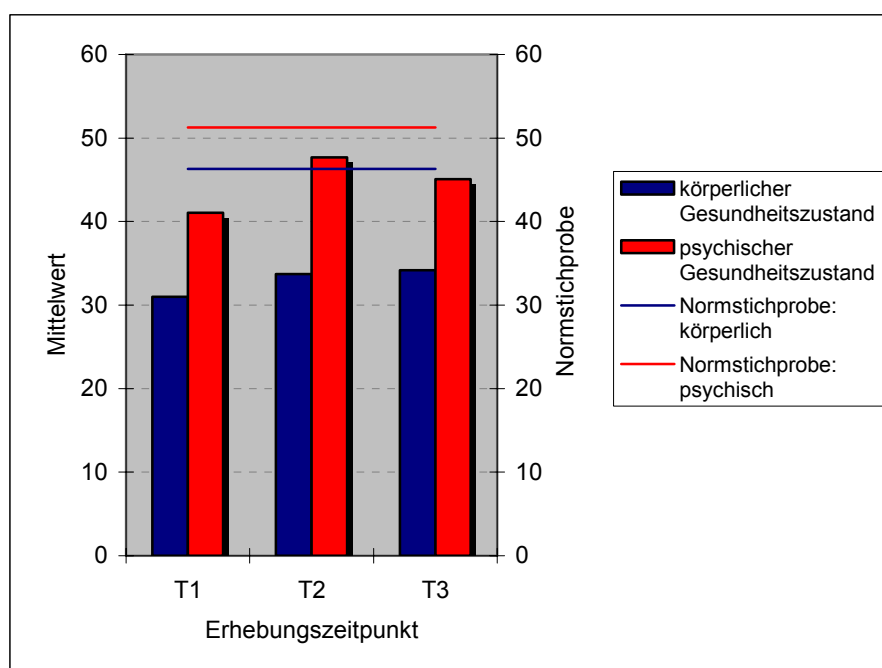


Abb. 34 zeigt die unterschiedliche Ausprägung der Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskala der zu allen drei Messpunkten T1, T2 und T3 antwortenden Rehabilitanden (n = 386). Diese werden verglichen mit den Werten einer deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen (n = 1890).

Die ausführliche Analyse der psychischen Summenskala zeigt beim Mittelwertvergleich¹ [vgl. Abbildung 34] über alle drei Zeitpunkte (T1 = 41,07 ± 11,5; T2 = 47,69 ± 11,4; T3 = 45,08 ± 13,0), dass sich der Wert zwar von T1 zu T2 erhöht, aber drei Monate nach Ende der Rehabilitation nicht wie bei der körperlichen Summenskala ansteigt, sondern wieder leicht abfällt. Direkt nach der stationären Rehabilitation (T2) empfand eine Mehrheit von 70,8% der Patienten eine Verbesserung des psychischen Befindens. 26,7% fühlten sich schlechter als vor der Behandlung (T1). Die Steigerung ist insgesamt deutlicher als bei der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit. Drei Monate nach der Rehabilitation (T3) verspürten

¹ Methodenhinweis: Für alle drei Befragungszeitpunkte lag der niedrigste errechnete Wert bei 19,0, der höchste bei 70,1.

tendenziell weniger (61,9%) Patienten eine Verbesserung gegenüber T1. Die restlichen 38,1% nahmen eine Verschlechterung ihres psychischen Befindens wahr.

SF-12-Vergleichswerte einer deutschen Normstichprobe, mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen (n = 1890) zeigen Mittelwerte von 46,32 ($\pm 10,1$) in der körperlichen und 51,24 ($\pm 8,8$) in der psychischen Summenskala an (Bullinger/ Kirchberg 1998).

Die Analyse der körperlichen Summenskala unter Einbeziehung der **Variable Alter** (n = 383) ergab [vgl. Abbildung 35], dass die jüngste Altersgruppe der unter 60-Jährigen mit 28,11 ($\pm 7,0$) den schlechtesten Ausgangswert aufwies. Die Differenzen zu den Werten der höheren Altersgruppen, z. B. der 70- bis 74-Jährigen (29,15 $\pm 7,1$), sind jedoch nicht so ausgeprägt. Der Vergleich der Mittelwerte zwischen T1 und T2 zeigte für alle Altersgruppen eine Erhöhung der körperlichen Lebensqualitätsparameter. Ein Mittelwertvergleich zwischen den Zeitpunkten T2 und T3 ergibt hingegen nur bis zur Gruppe der 75- bis 79-Jährigen eine leichte Steigerung oder zumindest Stagnation. Dieser positive Aufwärtstrend war in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen nicht nachweisbar. In dieser Altersgruppe findet sich zwischen T1 und T2 zwar die deutlichste positive Entwicklung des Mittelwertes von 30,43 ($\pm 7,4$) auf 36,09 ($\pm 10,2$), er fiel allerdings zu T3 wieder auf 32,80 ($\pm 9,3$) ab. Der verbesserte Zustand hinsichtlich der körperbezogenen Lebensqualitätsaspekte kann also in dieser Altersgruppe unter häuslichen Bedingungen nicht gehalten werden.

Abb. 35: Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Alter

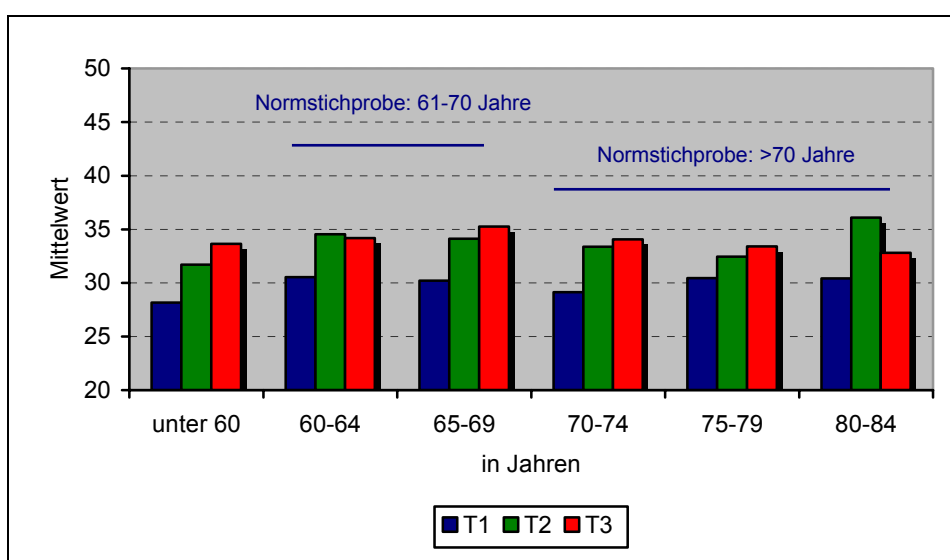


Abb. 35 zeigt den Mittelwert des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes zu allen drei Erhebungszeitpunkten bei Patienten (n = 383) in den verschiedenen Altersgruppen. Diese werden verglichen mit den Werten der körperlichen Summenskala einer deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, stratifiziert nach Alter: 61-70 Jahre (n = 366); >70 Jahre (n = 286).

Anhand der altersspezifischen Betrachtung der Veränderungen (n = 398) des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes für die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen im Zeitraum zwischen T1 und T2 war bei einem Anteil von 73,7% eine deutliche Steigerung der Werte sichtbar. Die 75- bis 79-jährigen Patienten erreichten mit »nur« 56,7% den geringsten Anteil an Verbesserung und dementsprechend prozentual den höchsten Anteil an Verschlechterungen (43,3%). Entgegengesetzt der positiven Entwicklung von T1 zu T2 bestätigen die Veränderungswerte für die Zeitspanne von T1 bis T3 (n = 381) von 38,9% den höchsten Anteil an Verschlechterungen in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen. Einen ähnlich hohen Anteil an Rückschritten (37,3%) wiesen erneut die 75- bis 79-Jährigen auf, wie auch bei den Veränderungswerten von T1 zu T2.

Die altersspezifische Betrachtung der psychischen Summenskalen zu allen drei Zeitpunkten ergab [vgl. Abbildung 36] die gleichen Tendenzen für die Altersgruppen bis 79 Jahre. Zum Zeitpunkt T2 lag bei diesen Altersgruppen der Mittelwert gegenüber T1 grundsätzlich auf höherem Niveau und fällt zum Zeitpunkt T3 wieder ab, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung.

Abb. 36: Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Alter

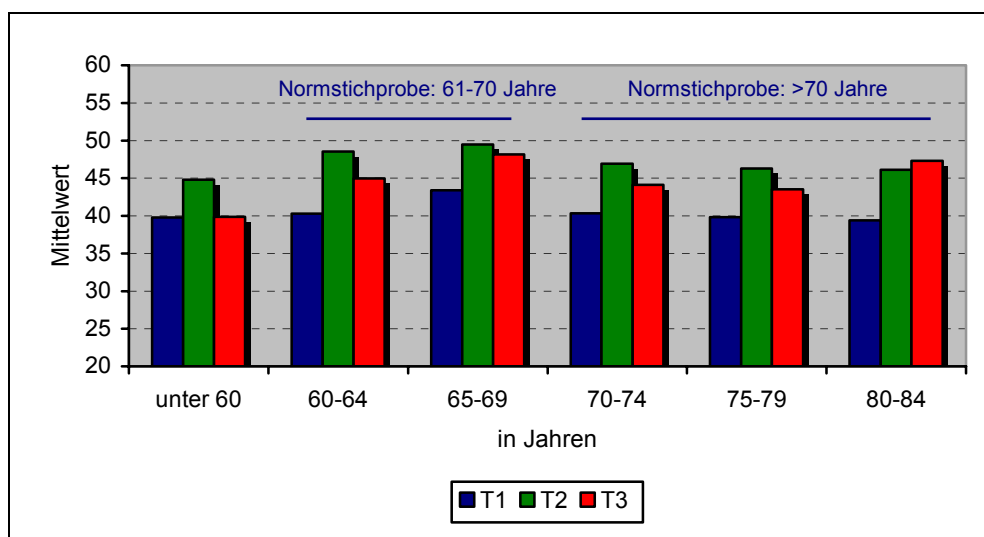


Abb. 36 zeigt den Mittelwert des subjektiven psychischen Gesundheitszustandes zu allen drei Erhebungszeitpunkten bei Patienten (n = 383) in den verschiedenen Altersgruppen. Diese werden verglichen mit den Werten der psychischen Summenskala einer deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, stratifiziert nach Alter: 61-70 Jahre (n = 366); >70 Jahre (n = 286).

In der Altersgruppe der unter 60-Jährigen sinkt der Mittelwert sogar auf das Ausgangsniveau (39,89 ± 13,4) zurück. Den höchsten Ausgangswert verzeichnete mit einem Mittelwert von 43,38 (± 11,7) die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen. Wie auch bei der Analyse zur körperli-

chen Summenskala hoben sich die Ergebnisse zur psychischen Summenskala bei den 80- bis 84-Jährigen davon ab. Der zunächst niedrigste Ausgangswert ($39,41 \pm 11,9$) im Altersvergleich konnte bis zum Zeitpunkt T2 auf ein mittleres Niveau ($46,12 \pm 12,2$) angehoben werden und blieb darüber hinaus bis T3 stabil bzw. stieg leicht an ($47,32 \pm 13,6$).

SF-12-Vergleichswerte einer deutschen Normstichprobe, mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, stratifiziert nach Alter, geben für 61- bis 70-Jährige ($n = 366$) Mittelwerte von $42,97 (\pm 9,4)$ in der körperlichen und $52,96 (\pm 7,8)$ in der psychischen Summenskala an, für Personen über dem 70. Lebensjahr ($n = 286$) hingegen $38,7 (\pm 10,6)$ in der körperlichen und $52,27 (\pm 9,2)$ in der psychischen Summenskala (Bullinger/ Kirchberg 1998). Der Mittelwert der körperlichen Summenskala fällt in der altersstratifizierten Normstichprobe mit Zunahme des Alters kontinuierlich ab (bei den 21- bis 30-Jährige noch $51,10 \pm 8,6$). Der Verlauf des Mittelwertes der psychischen Summenskala ist tendenziell gegenläufig (bei den 21- bis 30-Jährigen nur $50,32 \pm 9,5$).

Im Hinblick auf das **Geschlecht** konnten kaum Unterschiede beim Vergleich der körperlichen Summenskalen entlang der drei Zeitpunkte [vgl. Abbildung 37] festgestellt werden.

Abb. 37: Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Geschlecht

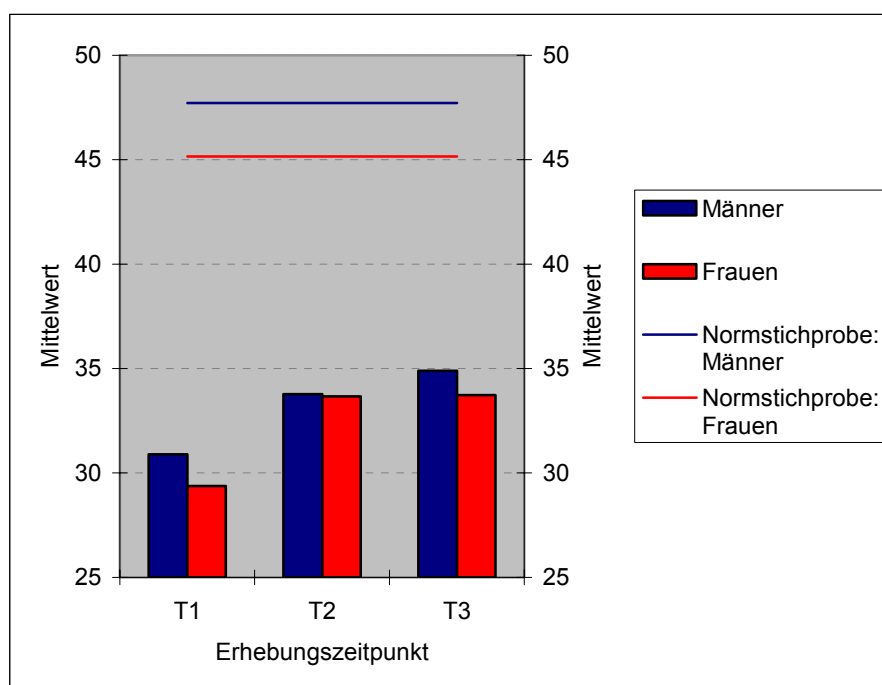


Abb. 37 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der körperlichen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Männern und Frauen zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 ($n = 386$). Diese werden verglichen mit den Werten der körperlichen Summenskala einer deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, stratifiziert nach Geschlecht; Frauen ($n = 1085$), Männer ($n = 805$).

Bei beiden Geschlechtern war eine kontinuierliche Steigerung erkennbar. Bei den Männern ($n = 151$) stieg der Aufnahmemittelwert von 30,89 ($\pm 8,8$) zunächst auf einen Wert von 33,78 ($\pm 8,7$) bei T2 und schließlich auf 34,90 ($\pm 9,25$) zu T3. Die Mittelwerte bei den Frauen ($n = 235$) stellten sich wie folgt dar: 29,37 ($\pm 6,6$) bei Aufnahme, 33,67 ($\pm 7,6$) zu T2 und 33,72 ($\pm 7,8$) zum Zeitpunkt T3.

Bei den Frauen war der Anteil an wahrgenommenen Verbesserungen von T1 auf T2 mit 69,8% größer als bei den Männern mit 59,7%. Der Anteil an subjektiven Verschlechterungen verhielt sich umgekehrt proportional dazu. Auch von T1 auf T3 empfanden die weiblichen Patienten zu einem größeren Anteil Verbesserungen (70,6%) als die männlichen (66,2%). Die geschlechterspezifische Veränderung des Summenscores war weder zum Zeitpunkt T2 ($p = 0,072$) noch zu T3 ($p = 0,361$) signifikant.

Die differenzierte Auswertung der psychischen Summenskala [vgl. Abbildung 38] ergab für die Männer zu allen drei Zeitpunkten höhere Mittelwerte gegenüber den weiblichen Patienten. Der Mittelwert zum psychischen Wohlbefinden von Männern und Frauen (T1 Männer = 43,36 $\pm 11,9$; Frauen 39,47 $\pm 11,0$) stieg bis zum Zeitpunkt T2 (Männer = 49,93 $\pm 11,8$; Frauen 46,23 $\pm 10,9$) an, sank aber bei T3 (Männer = 47,17 $\pm 12,9$; Frauen 43,74 $\pm 12,9$) wieder ab.

Abb. 38: Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Geschlecht

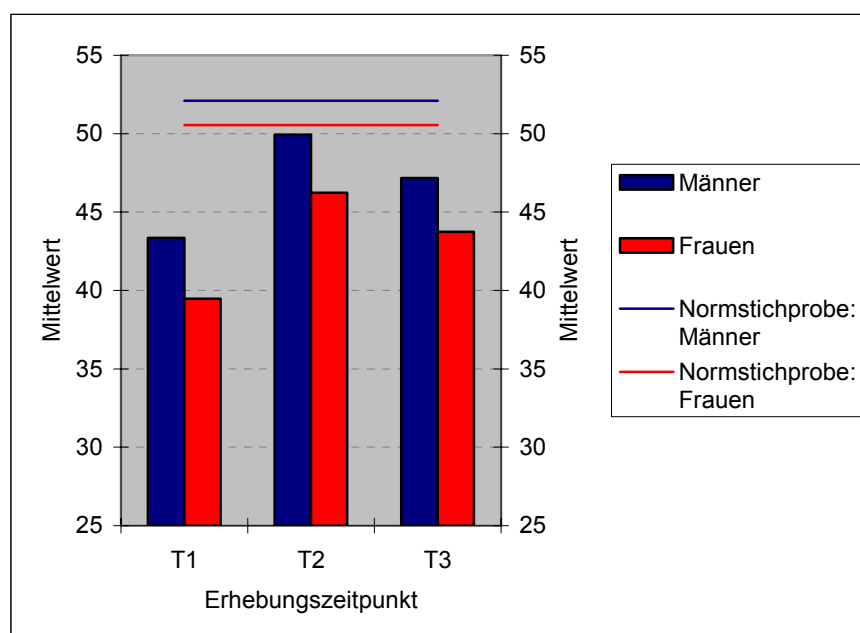


Abb. 38 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der psychischen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Männern und Frauen zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 ($n = 386$). Diese werden verglichen mit den Werten der körperlichen Summenskala einer deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, stratifiziert nach Geschlecht; Frauen ($n = 1085$), Männern ($n = 805$).

Die Analyse der Veränderungen zeigte, dass mehr Frauen eine Verbesserung ihres psychischen Gesundheitszustandes empfanden und somit in dieser Hinsicht häufiger, wenn auch nicht signifikant, von der Behandlung profitierten als die männlichen Patienten (T2 $p = 0,202$; T3 $p = 0,915$). Der Anteil an subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen von T1 auf T2 war bei den Frauen mit 73,5% höher als bei den Männern (66,7%). Drei Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme (T3) gaben beide Geschlechter mit ca. 62% im gleich hohen Maße Verbesserungen an. Der Anteil an Verschlechterungen war mit etwa 38% größer als zum Zeitpunkt T2 (27%).

SF-12-Vergleichswerte einer deutschen Normstichprobe, mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen stratifiziert nach Geschlecht, geben für Frauen ($n = 1085$) Mittelwerte von 45,16 ($\pm 10,3$) in der körperlichen und 50,54 ($\pm 9,1$) in der psychischen Summenskala an, für Männer ($n = 805$) hingegen 47,71 ($\pm 9,5$) in der körperlichen und 52,09 ($\pm 8,8$) in der psychischen Summenskala (Bullinger/ Kirchberg 1998).

Beim Mittelwertvergleich der körperlichen Summenskalen der **leicht, mittel und schwer erkrankten Patienten** über alle Zeitpunkte [vgl. Abbildung 39] waren die Ergebnisse bei den leicht Erkrankten am höchsten. Der Mittelwert stieg von 30,78 ($\pm 8,0$) zum Zeitpunkt T1 über 33,87 ($\pm 7,3$) bei T2 auf 35,93 ($\pm 8,1$) bis zum Zeitpunkt T3. Auch bei Patienten mit einer Haupterkrankung mittelschweren Grades erhöhte sich der Mittelwert über die drei Zeitpunkte kontinuierlich (T1 = 28,88 $\pm 7,5$; T2 = 33,16 $\pm 8,6$; T3 = 34,17 $\pm 8,2$). Nur bei der Gruppe mit einer Haupterkrankung schwerster Ausprägung (Aufnahmemittelwert = 29,94 $\pm 7,5$) verringerte sich der Mittelwert bei T3 (31,41 $\pm 8,2$) gegenüber T2 (32,17 $\pm 8,1$).

Abb. 39: Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Schweregrad der Erkrankung

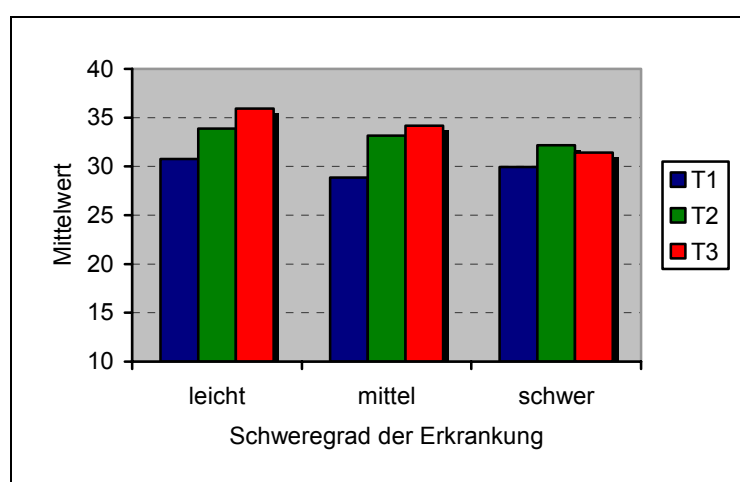


Abb. 39 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der körperlichen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Schweregradausprägungen der Erkrankungen zu allen drei Messpunkten T1, T2 und T3 ($n = 298$).

Für den Zeitraum zwischen T1 und T2 ($n = 314$) empfanden in der Gruppe mit schwerstem Ausprägungsgrad der Haupterkrankung 68,2% eine positive Entwicklung der körperbezogenen Lebensqualität. Bei der mittleren Gruppe waren es 65,6% und bei den leicht Erkrankten 66,7%. Der Anteil der Verschlechterungen verhält sich entgegengesetzt proportional. Gleichzeitig zeigte in allen Schweregradgruppen ein kleiner Anteil (1% bis 2%) keine Veränderungen ($p = 0,875$). Die Auswertungsergebnisse für die Zeitspanne zwischen T1 und T3 ($n = 298$) verhalten sich hingegen anders ($p = 0,485$). Hier nahm die Gruppe mit Haupterkrankungen schwerster Ausprägung bezüglich der körperbezogenen Lebensqualität den größten Anteil an Verschlechterungen (33,3%) und die wenigsten Verbesserungen (66,7%) wahr.

Anders als bei der Analyse der körperlichen Summenskalen, bei der die Mittelwerte der Patienten mit leichter und mittelschwerer Haupterkrankung über alle drei Erhebungszeitpunkte kontinuierlich anstiegen, erreichte die psychische Summenskala [vgl. Abbildung 40] der Patienten aller Schweregradgruppen (T1 leicht = $42,08 \pm 10,8$; mittel = $42,25 \pm 12,4$; schwer = $37,57 \pm 10,5$) zwar bei T2 ein jeweils höheres Niveau (leicht = $49,85 \pm 11,3$; mittel = $48,40 \pm 11,6$; schwer = $44,17 \pm 10,4$), sank aber bei T3 (leicht = $46,52 \pm 13,7$; mittel = $46,75 \pm 12,9$; schwer = $41,69 \pm 12,1$) wieder unter den jeweiligen Wert von T2. Wie bei den körperlichen Summenskalen sind die Mittelwerte der psychischen Summenskalen zum Zeitpunkt T2 umso höher, je leichter der Krankheitsgrad ist. Bei Aufnahme und drei Monate nach der Entlassung aus der Rehabilitation unterschieden sich die Mittelwerte für die Patienten mit leichten und mittelschweren Erkrankungen kaum.

Abb. 40: Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach Schweregrad der Erkrankung

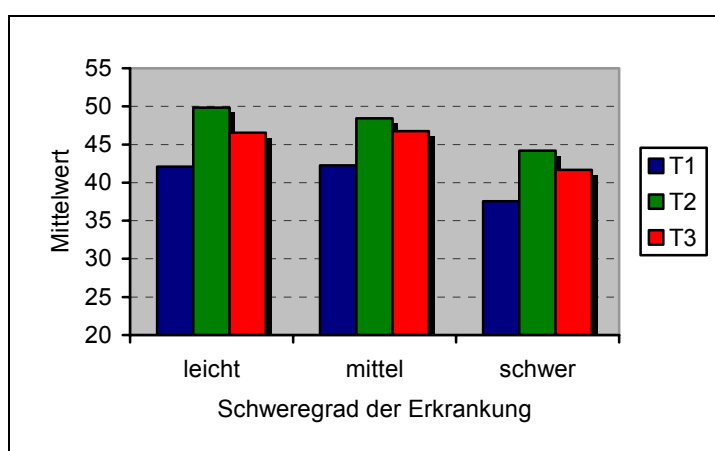


Abb. 40 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der psychischen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Schweregradausprägungen der Erkrankungen zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 ($n = 298$).

Für den Zeitraum von T1 bis T2 empfand die Gruppe mit der schwersten Erkrankung den größten Anteil (79,5%) an positiver Entwicklung ihrer psychischen Gesundheit und mit 18,2% den geringsten Anteil an Verschlechterungen. Die mittelschwer Erkrankten erreichten mit einer Verbesserung von 65,1% den geringsten Zugewinn bei der psychischen Gesundheit ($p = 0,063$). Auch von T1 auf T3 verspürten die Patienten mit schwerer Erkrankung, wenn auch nicht so ausgeprägt wie zu T2, den größten Fortschritt. Der Trend war hier etwas deutlicher, aber ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,595$). Je schwerer der Krankheitsgrad war, desto größer war der Anteil an empfundenen Verbesserungen bei den leicht Erkrankten 58,7%, bei Patienten mit einer Haupterkrankung mittelschweren Grades 64,6% und bei den schwer erkrankten Probanden 66,7%.

Die Auswertung hinsichtlich der berechneten Verbesserungen der körperbezogenen Summenskala bei Patienten ($n = 379$), deren **Haupterkrankungen nach der Chronifizierung** differenziert wurde, zeigte zum Zeitpunkt T2 folgende Ergebnisse [vgl. Abbildung 41]: Während der Anteil an empfundenen Verbesserungen z. B. beim Akutereignis nur 48,3% ausmachte, stieg er mit zunehmender Erkrankungsdauer kontinuierlich an und betrug bei über 5-jähriger Erkrankung schon 70,1%. Der hier aufgezeigte Trend, je länger ein Patient an einer Erkrankung litt, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer positiven Veränderung der körperbezogenen Lebensqualität war, erwies sich als nicht signifikant ($p = 0,438$).

Abb. 41: Verbesserung des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes, differenziert nach Chronifizierung der Haupterkrankung

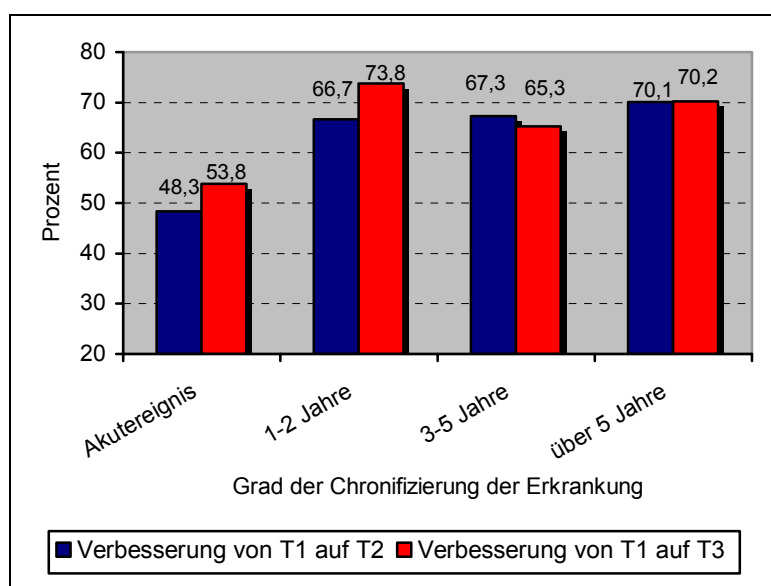


Abb. 41 zeigt in Prozent die berechneten Veränderungen der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Chronifizierungsgraden der Erkrankungen von T1 zu T2 ($n = 379$) und zu T3 ($n = 363$).

Die Veränderung der körperlichen Summenskala von T1 zu T3 (n = 363) ergab keine eindeutige Tendenz (p = 0,189). Jedoch verzeichneten Patienten mit einem Akutereignis auch zum Zeitpunkt T3 noch den geringsten Anteil an Zugewinn (53,8%), wenn dieser auch höher war als zu T2. Die Chronikergruppe mit einem Erkrankungszeitraum von ein bis zwei Jahren konnte ihren Anteil an Verbesserungen steigern (von 66,7% zu T2 auf 73,7% zu T3). Hingegen lag bei denjenigen, die drei bis fünf Jahre erkrankt waren, der Anteil (65,3%) an Fortschritten zu T3 unterhalb dem von T2 (76,3%), während bei der Chronikergruppe mit einer Erkrankungszeit über fünf Jahre dieser Anteil stagnierte (T2 = 70,1%; T3 = 70,2%).

Bei der Analyse des Chronifizierungsgrades zeigte sich für jede Gruppe, analog zu den anderen Ergebnissen der psychischen Summenskala, ein Anstieg des Mittelwertes von T1 zu T2 und eine Abnahme zu T3. Ausnahme bildete die Chronikergruppe mit einer Erkrankungszeit länger als fünf Jahre. Diese konnte den Mittelwertanstieg von 40,92 (± 11,9) auf 46,03 (± 10,3) halten (46,56 ± 13,1). In der Gruppe nach einem Akutereignis fiel der Mittelwert nach einem Anstieg von 40,78 (± 13,0) auf 46,90 (± 13,7) zum Zeitpunkt T3 auf 42,84 (± 10,5) ab. In den beiden Chronikergruppen mit ein bis zwei Jahren Erkrankung (T1 = 41,66 ± 11,6) und mit drei bis fünf Jahren Erkrankungszeit (T1 = 41,02 ± 10,7) war erstens ein größer Mittelwertanstieg zum Zeitpunkt T2 zu beobachten (1-2 Jahre = 48,29 ± 11,6; 3-5 Jahre = 49,30 ± 11,2) und zweitens fiel der Wert drei Monate nach Ende der Rehabilitation geringer ab (1-2 Jahre = 45,08 ± 13,2; 3-5 Jahre = 45,07 ± 12,6) als bei Patienten nach einem Akutereignis.

Abb. 42: Verbesserung des subjektiven psychischen Gesundheitszustandes, differenziert nach Chronifizierung der Haupterkrankung

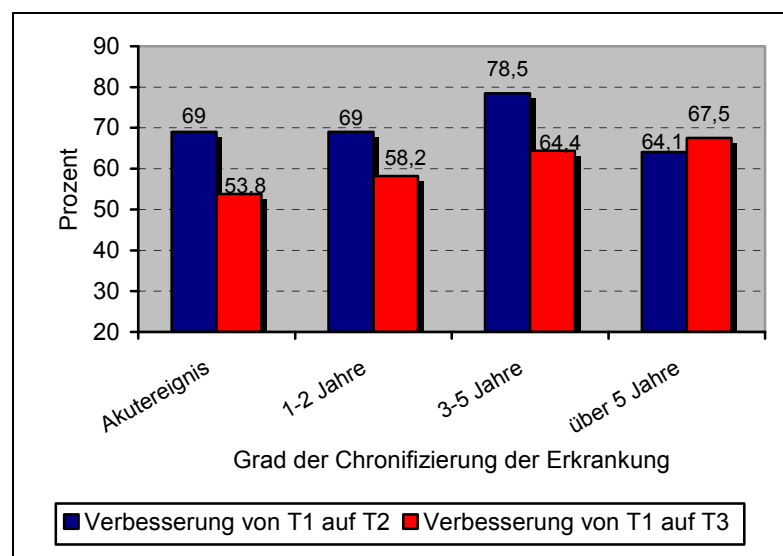


Abb. 42 zeigt in Prozent die berechnete Veränderung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Chronifizierungsgraden der Erkrankungen von T1 zu T2 (n = 379) und zu T3 (n = 363).

In allen Gruppen lag der Anteil an empfundenen Verbesserungen des psychischen Befindens [vgl. Abbildung 42] von T1 zu T2 ($p = 0,439$) auf ähnlich hohem Niveau. Patienten, die seit drei bis fünf Jahren erkrankt waren, verspürten den größten Anteil an Fortschritt (78,5%), während Probanden, die seit mehr als fünf Jahren an einer Krankheit litten, den kleinsten Anteil an Verbesserungen aufwiesen (64,1%). Bei den anderen beiden Gruppen lag der Fortschritt bei 69%. Von T1 auf T3 ließ sich eine etwas deutlichere, jedoch ebenfalls nicht signifikante Tendenz erkennen ($p = 0,364$). Je länger die Krankheitsdauer war, desto größer war der Anteil der Patienten mit wahrgenommenen Verbesserungen. Nahmen die Patienten mit einem Akutereignis mit einem Anteil von 53,8% noch den geringsten Fortschritt wahr, so erhöhte sich mit steigender Erkrankungsdauer kontinuierlich der Anteil an Verbesserung und erreichte mit 67,5% das Maximum bei Patienten, die fünf Jahre und länger erkrankt waren.

Gegliedert nach den wichtigsten drei **ICD-Diagnosen** können hinsichtlich der körperlichen Summenskala folgende Mittelwertaussagen getroffen werden [vgl. Abbildung 43]: Bei Patienten der Diagnosegruppe postoperative Hüftgelenkerkrankung ($T1 = 29,63 \pm 7,4$; $T2 = 33,42 \pm 8,0$; $T3 = 35,73 \pm 8,2$) wie auch bei den postoperativen Kniegelenkerkrankungen ($T1 = 29,52 \pm 7,5$; $T2 = 33,86 \pm 8,7$; $T3 = 34,05 \pm 8,6$) stieg die körperliche Summenskala kontinuierlich an. Während bei Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen von T1 ($30,51 \pm 7,2$) auf T2 ($34,32 \pm 7,4$) noch eine Zunahme des Mittelwertes zu verzeichnen war, sank dieser zu T3 ($34,06 \pm 7,9$) wieder minimal ab.

Abb. 43: Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach drei Hauptdiagnosegruppen

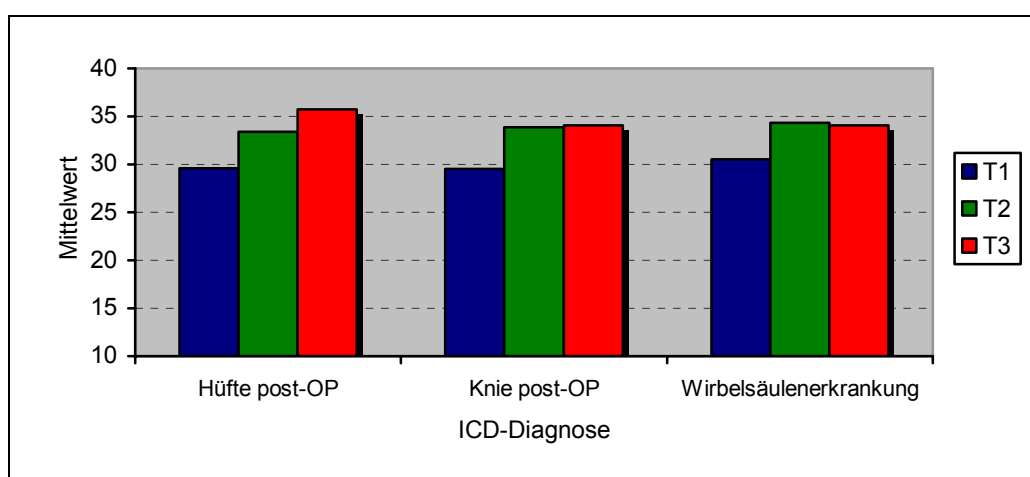


Abb. 43 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der körperlichen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Hauptdiagnosegruppen zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 ($n = 318$).

Der größte Anteil an Patienten (68,1%) mit Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes im Zeitraum von T1 bis T2 (n = 349) zeigte sich bei der Diagnose postoperative Kniegelenkerkrankung. Der geringste subjektive Fortschritt errechnete sich bei Patienten mit postoperativer Hüftgelenkerkrankung (64,1%). Zum Zeitpunkt T3 (n = 334) erreichten hingegen die Patienten der Diagnosegruppe postoperative Hüftgelenkerkrankung den größten Anteil an Verbesserungen (79,8%), gefolgt von der Patientengruppe mit postoperativen Kniegelenkerkrankungen mit 71,1%. Mit einem Anteil von 64,4% fühlten Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen die wenigsten Verbesserungen. Wie bereits die Befunde zur allgemeinen Lebensqualität darstellen, zeigten die Ergebnisse, dass bei Patienten nach einer Hüftoperation auf lange Sicht die Auswirkungen auf die körperbezogene Lebensqualität am stärksten sind. Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen waren jedoch weder zum Zeitpunkt T2 (n = 0,673) noch zu T3 (n = 0,076) statistisch signifikant.

Bei der Analyse *der psychischen Summenskala* fand sich bei einer Differenzierung nach den drei wichtigsten ICD-Diagnosen [vgl. Abbildung 44] wieder ein Anstieg der Mittelwerte jeweils von T1 zu T2 und eine Abnahme von T2 zu T3.

Abb. 44: Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3, differenziert nach drei Hauptdiagnosegruppen

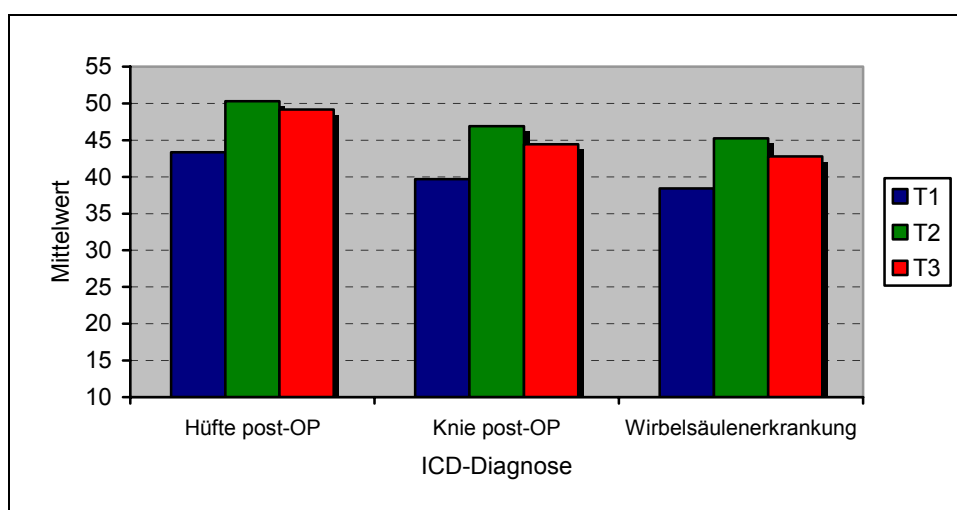


Abb. 44 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der psychischen Summenskala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Hauptdiagnosegruppen zu allen drei Erhebungszeitpunkten T1, T2 und T3 (n = 318).

Auffällig ist, dass bei der Diagnosegruppe postoperativ nach Hüftgelenkersatz zu allen drei Zeitpunkten die Mittelwerte deutlich besser ausfielen (T1 = 43,35 ± 11,8; T2 = 50,32 ± 11,8; T3 = 49,15 ± 12,8) als die der anderen Diagnosegruppen, die relativ nahe beieinander lagen. Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen hatten bereits zum Zeitpunkt T1 den niedrigsten

Mittelwert von 38,42 ($\pm 10,3$) und konnten diesen letzten Rangplatz auch zu T2 (45,25 $\pm 10,9$) und zu T3 (42,77 $\pm 12,3$) nicht verändern. Die Diagnosegruppe postoperativ nach Kniegelenkersatz zeichnete sich vor allem durch einen deutlichen Anstieg des Mittelwertes von 39,68 ($\pm 10,8$) zu T1 auf 46,91 ($\pm 10,8$) zu T2 aus (T3 = 44,42 $\pm 13,3$). So wiesen diese Patienten auch für die Zeitspanne von T1 nach T2 den größten Anteil an Verbesserungen (75,8%) auf. Probanden postoperativ nach Hüftgelenkerkrankung erzielten hingegen von T1 nach T3 (66,1%) die deutlichste positive Veränderung. Die geringsten Fortschritte (61,5%) zu T3 nahmen Patienten mit einer Wirbelsäulenerkrankung wahr (T2 $p = 0,514$; T3 $p = 0,794$).

Zu den hier untersuchten Diagnosen in den unterschiedlichen Abstufungen der Schweregrade und Chronifizierungen liegen keine deutschen Normstichproben vor. Lediglich für die aktuelle Erkrankung Arthritis/ Rheuma werden Normwerte von 39,68 ($\pm 10,9$) für die körperliche Summenskala und 49,82 ($\pm 9,5$) für die psychische Summenskala angegeben (Bullinger/ Kirchberg 1998).

4.2.6 Ziele der Rehabilitanden

Die Probanden ($n = 450$) wurden zu Beginn der Rehabilitation zu ihren persönlichen Zielen, die sie mit der Maßnahme verbinden, befragt¹. Die unterschiedlichen Rehabilitationsziele sollten einerseits ein Bild über die Motivationslage der Rehabilitanden vermitteln; andererseits stellen Ziele als feste Endgröße einen wesentlichen Aspekt für die Qualitätsbeurteilung dar, an der das Erreichte gemessen werden kann. Dies trifft insbesondere für Ziele zu, die weniger von der Motivationslage des Rehabilitanden abhängig waren, sondern von den Möglichkeiten und Maßnahmen der Rehabilitation.

Insgesamt spiegelte die **Analyse der Zielparameter** mit neun von insgesamt 14 Zielen [vgl. Tabelle 18], die von über 90% der Probanden bejaht wurden, eine hohe Motivation wider². Noch 80% bis 85% der Rehabilitanden verfolgten auch die übrigen fünf Ziele. Mit jeweils ca. 98% Befürwortung sind die zentralen Ziele: „wieder zu Kräften kommen“, „körperlich fit für den Alltag werden“ und „körperliche Beschwerden und Einschränkungen vermindern“. Mit einem Anteil von ca. 95% haben die Ziele „Schmerzen besser bewältigen“, „Schmerzen reduzieren“ und „beschwerdefrei sein“ ebenfalls eine hohe Bedeutung für die Rehabilitanden.

Etwas weniger Zuspruch fanden Ziele, die auf der psychischen Ebene lagen. 20,2% der Rehabilitanden wollten z. B. nicht „ihre Niedergeschlagenheit“ und 17,2% nicht „ihre Angst vor

¹ Methodenhinweis: 14 verschiedene rehabilitationstypische Ziele wurden vorgelegt und erhielten bei Aufnahme durch die Rehabilitanden Zustimmung oder Ablehnung.

² Dabei werden Ziele gleich mit Motiven gesetzt. Auch wenn das Motiv nicht als Synonym für Motivation steht, kann man davon ausgehen, dass aus der Gesamtheit der Motive die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung entsteht, mit anderen Worten Motivation. Sie nimmt wesentlichen Einfluss auf den Verlauf und Erfolg der Rehabilitation (Hackhausen 2001).

der Krankheit“ bewältigen. Die zweite Gruppe von Zielen, die etwas mehr Ablehnung fand, entsprach der Kategorie „Verhaltensänderung“. Hier wollten oder brauchten sogar 21% der Rehabilitanden keine „schadenden Gewohnheiten ablegen“ und 20,8% nicht ihr „Gewicht optimieren“.

Tab. 18: Ziele der Rehabilitanden

| Ziele der Rehabilitanden | ja | nein |
|--|------|------|
| Wieder zu Kräften kommen. (n = 422) | 98,6 | 1,4 |
| Alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen. (n = 381) | 79,0 | 21,0 |
| Mich entspannen können. (n = 403) | 94,0 | 6,0 |
| Ein aktiveres Leben führen. (n = 400) | 91,5 | 8,5 |
| Körperlich fit werden für den Alltag. (n = 421) | 98,3 | 1,7 |
| Meine Schmerzen besser bewältigen können. (n = 406) | 94,6 | 5,4 |
| Meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern. (n = 407) | 98,3 | 1,7 |
| Mein Gewicht optimieren. (n = 384) | 79,2 | 20,8 |
| Meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen. (n = 368) | 84,5 | 15,5 |
| Meine Schmerzen reduzieren. (n = 412) | 96,4 | 3,6 |
| Meine Niedergeschlagenheit bewältigen. (n = 372) | 79,8 | 20,2 |
| Mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen. (n = 405) | 95,8 | 4,2 |
| Die Angst vor meiner Krankheit bewältigen. (n = 384) | 82,8 | 17,2 |
| Beschwerdefrei sein. (n = 424) | 96,7 | 3,3 |

Tab. 18 zeigt in Prozent, welche Rehabilitationsziele am Anfang der Rehabilitation (T1) von den Patienten angestrebt wurden. N = beruht auf der Mindestzahl der Probanden, die die Items bei Aufnahme vollständig dokumentierten.

Das Ziel, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, wurde von 85% der antwortenden Rehabilitanden verfolgt. Allerdings wurde diese Frage zugleich von 82 Probanden nicht beantwortet. Man kann davon ausgehen, dass dieses Ziel teilweise im Sinne von beruflicher Arbeitsfähigkeit interpretiert wurde und somit einem großen Teil der Probanden nicht relevant erschien.

Das Ziel „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“ war der einzige Parameter [vgl. Tabelle 19], der eine altersbezogene Tendenz aufwies. Je höher das Alter der Rehabilitanden,

umso niedriger war der Anteil derjenigen, die sich dieses Ziel zu Beginn der Rehabilitation setzten. Während bei den unter 60-Jährigen noch 82,9% „alte, schadende Gewohnheiten ablegen“ wollten, waren es bei den 70- bis 74-Jährigen nur noch 77% und bei den 80- bis 84-Jährigen 50%, die dieses Ziel als zutreffend bezeichneten.

Bei der altersdifferenzierten Analyse der einzelnen Zielparameter fielen die Altersgruppen der 80- bis 84-Jährigen, der unter 60-Jährigen und der 75- bis 79-Jährigen durch Befunde, die nicht das konsistente Bild der anderen Altersgruppen ergaben, auf.

Im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen wurde durch die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen [vgl. Tabelle 19] bei der Mehrzahl der Ziele jeweils den vorgegebenen Zielformulierungen am wenigsten – wenn auch auf hohem Anteilsniveau – zugestimmt. Die Differenzen zu jüngeren Altersgruppen waren bei einigen Zielen schwach ausgeprägt. Zum Beispiel traf das Ziel „wieder zu Kräften kommen“ für 95,2% dieser Altersgruppe zu, dagegen für die Rehabilitanden der Altersgruppen unter 60 Jahre, 60 bis 64 Jahre und 75 bis 79 Jahre zu 100%. „Körperlich fit werden für den Alltag“ wollten 94,7% der 80- bis 84-Jährigen im Vergleich zu 100% der unter 60-Jährigen. Dem Ziel „körperliche Beschwerden und Einschränkungen vermindern“ stimmten 94,1% zu gegenüber 99,1% der 65- bis 69-Jährigen. Eine deutlichere Differenz zu den jüngeren Altersgruppen zeigte sich hingegen bei dem Ziel „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“, das für 50% dieser Altersgruppe im Vergleich zu 82,9% der unter 60-Jährigen zutrifft. 83,3% befürworteten das Ziel „trotz krankheitsbedingter Einschränkungen im Körper wohl fühlen“ im Vergleich zu 100% der 75- bis 79-Jährigen. Während unter den 70- bis 74-Jährigen 90,7% das Ziel „Angst vor meiner Krankheit bewältigen“ bestätigten, waren es unter den 80- bis 84-Jährigen nur 66,7%. Bei der Betrachtung der Daten fiel auf, dass den beiden Zielstellungen „meine Schmerzen reduzieren“ und „Schmerzen besser bewältigen können“ die 80- bis 84-Jährigen jeweils mit 100% zustimmten.

Ähnlich gegensätzliche Ausprägungen zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der unter 60-Jährigen [vgl. Tabelle 19]. Hier verfolgte jeweils der niedrigste Gruppenanteil die Ziele, wie „Schmerzen besser bewältigen können“ (88,1%) und „beschwerdefrei sein“ (88,6%). Jedoch fand die Mehrzahl der Ziele durch die unter 60-Jährigen mit dem jeweils höchsten Anteil Zustimmung. Dies traf z. B. für „meine Niedergeschlagenheit bewältigen“ (85,7%) und „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“ (82,9%) zu. Die Ziele „wieder zu Kräften kommen“, „mich entspannen können“ und „körperlich fit werden für den Alltag“ wurden von dieser Altersgruppe sogar zu 100% angestrebt.

Die Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen [vgl. Tabelle 19] war die Gruppe, die mit dem höchsten Anteil an Rehabilitanden (97,9%) „ein aktives Leben führen“ wollten. Darüber hinaus bestätigten alle das Ziel „trotz krankheitsbedingter Einschränkungen im Körper wohl füh-

len“. Der Befund der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen zeigte dagegen den höchsten Anteil (90,7%) an Zustimmung zum Ziel „Angst vor meiner Krankheit bewältigen“.

Tabelle 19: Zielsetzung in Abhängigkeit vom Alter

| Ziele der Rehabilitanden | Alter (Angaben in %) | | | | | |
|--|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | unter 60 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 |
| Wieder zu Kräften kommen. (n = 416) | 100,0 | 100,0 | 98,4 | 96,2 | 100,0 | 95,2 |
| Alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen. (n = 377) | 82,9 | 82,0 | 80,5 | 77,0 | 76,1 | 50,0 |
| Mich entspannen können. (n = 398) | 100,0 | 94,7 | 91,6 | 94,7 | 92,0 | 94,1 |
| Ein aktiveres Leben führen. (n = 396) | 90,7 | 90,2 | 89,1 | 93,5 | 97,9 | 88,9 |
| Körperlich fit werden für den Alltag. (n = 416) | 100,0 | 97,9 | 98,4 | 98,8 | 98,1 | 94,7 |
| Meine Schmerzen besser bewältigen können. (n = 400) | 88,1 | 95,7 | 94,1 | 96,1 | 96,2 | 100,0 |
| Meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern. (n = 402) | 95,3 | 98,9 | 99,1 | 98,8 | 98,2 | 94,1 |
| Meine Schmerzen reduzieren. (n = 406) | 95,3 | 98,9 | 95,0 | 96,2 | 96,3 | 100,0 |
| Meine Niedergeschlagenheit bewältigen. (n = 367) | 85,7 | 81,9 | 78,2 | 78,4 | 79,5 | 71,4 |
| Mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen. (n = 401) | 90,7 | 96,7 | 96,6 | 97,4 | 100,0 | 83,3 |
| Die Angst vor meiner Krankheit bewältigen. (n = 380) | 81,4 | 83,9 | 78,6 | 90,7 | 83,3 | 66,7 |
| Beschwerdefrei sein. (n = 418) | 88,6 | 100,0 | 98,4 | 97,6 | 92,9 | 94,7 |

Tab. 19 zeigt den prozentualen Anteil der Rehabilitanden, differenziert nach den 5-Jahres-Gruppen, der einzelne Zielsetzungen zum Erhebungszeitpunkt T1, mit „trifft zu“ bewertet. N beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Aufnahme. Die niedrigsten Prozentwerte bezüglich jeder Zielsetzung sind blau hinterlegt, die höchsten Werte rot.

Die geschlechtsspezifische Analyse ergab bei der Beantwortung der unterschiedlichen Zielsetzungen kaum Unterschiede. Die Mehrzahl der Ziele wurde von Frauen und Männern gleichermaßen verfolgt, bzw. differierte um nicht mehr als 2% bis 3%. Geringfügig höhere Unterschiede fanden sich bei den Zielen „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“ (Männer

75,9%; Frauen 81,3%) und „meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen“ (Männer 82,1%; Frauen 86,3%). Deutlicher war hingegen die Geschlechterdifferenz beim Ziel „meine Niedergeschlagenheit bewältigen“. Nur 73,4% der männlichen, aber 84,4% der weiblichen Rehabilitanden verfolgten dieses Ziel. Dieses Ergebnis ist stimmig mit den insgesamt niedrigeren psychischen Lebensqualitätparametern der Frauen [vgl. Kapitel 4.2.5.2].

Zum Zeitpunkt T2 und T3 konnten die Probanden angeben, ob und in welcher Ausprägung sie ihre gesetzten Ziele erreicht haben. Um die Personen ohne vorliegende Zielsetzung vor der Beurteilung herauszufiltern, erhielten die Rehabilitanden die Möglichkeit, das Feld „war nicht mein Ziel“ anzukreuzen. Beim Antwortverhalten [vgl. Tabelle 20] fiel überraschenderweise auf, dass sich bei der Mehrzahl der Ziele (11 von 14) der Anteil der Patienten ohne bestimmte Zielsetzungen erhöhte; insbesondere bei der Kategorie „Verhaltensveränderung“.

Tab. 20: Ziellanpassung im Zeitverlauf von T1 zu T2 und T3

| War nicht Ziel | T1 | T2 | T3 |
|--|------|------|------|
| Wieder zu Kräften kommen. | 1,4 | 4,6 | 6,1 |
| Alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen. | 21,0 | 30,3 | 30,9 |
| Ein aktiveres Leben führen. | 8,5 | 18,9 | 16,2 |
| Körperlich fit werden für den Alltag. | 1,7 | 3,1 | 2,4 |
| Meine Schmerzen besser bewältigen können. | 5,4 | 9,1 | 6,5 |
| Mein Gewicht optimieren. | 20,8 | 26,0 | 29,6 |
| Meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen. | 15,5 | 25,6 | 19,8 |
| Meine Schmerzen reduzieren. | 3,6 | 5,8 | 1,9 |
| Meine Niedergeschlagenheit bewältigen. | 20,2 | 28,3 | 25,4 |
| Die Angst vor meiner Krankheit bewältigen. | 17,2 | 18,0 | 20,2 |

Tab. 20 zeigt in Prozent, welche Rehabilitationsziele am Anfang der Rehabilitation (T1) von den Patienten nicht angestrebt wurden. Im Vergleich dazu wird der Anteil der Rehabilitanden aufgeführt, die am Ende der Rehabilitation (T2) und drei Monate nach Abschluss der Maßnahme (T3) angaben, diese Ziele nicht verfolgt zu haben. N vgl. Tabelle 18 und 19.

Hierzu gehörte das Ziel „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“, das zum Zeitpunkt T1 für 21% und zum Zeitpunkt T3 für 30,9% der Rehabilitanden nicht mehr relevant war, ebenso wie das Ziel „mein Gewicht optimieren“ (T1 = 20,8%; T2 = 29,6%). Etwas abgeschwächer zeigte sich dieses Phänomen auch beim Ziel „wieder zu Kräften kommen“. Hier stieg der Anteil derer, für die das Ziel an Relevanz verlor von 1,4% (T1) über 4,6% (T2) auf 6,1% (T3)

an. Insgesamt wies die Angabe „war nicht mein Ziel“ zu allen drei Zeitpunkten zum Teil erhebliche Unterschiede in den prozentualen Anteilen auf. Dieses Phänomen der Zielanpassung ist in allen Altersgruppen in unterschiedlicher Ausprägung und Ausrichtung zu beobachten. Insbesondere zum Zeitpunkt T2 – am Ende der Rehabilitation – zeigten sich gegenüber den ursprünglichen Angaben die größeren Differenzen.

Von besonderem Interesse war, inwieweit die Rehabilitanden ihre gesetzten Ziele umsetzen konnten. In drei Abstufungen hatten sie die Möglichkeit, anzugeben, ob ein Ziel „überhaupt nicht“, „teilweise“ oder „vollständig“ erreicht wurde. Unabhängig von den einzelnen Zielaspekten stellte sich die Gesamtbeurteilung der Verwirklichung von Zielen am Ende der Rehabilitation (T2) und drei Monate danach (T3), unter Berücksichtigung verschiedener Variablen, wie folgt dar [vgl. Abbildung 45].

Die Analyse der Zielerreichungsparameter zum Zeitpunkt T2 unter Einbeziehung der Variable Alter [vgl. Abbildung 45] ergab, dass die unter 65-Jährigen mit 2,25 ($\pm 0,4$) den schlechtesten Mittelwert aufwiesen. Die Differenzen zu den Werten der höheren Altersgruppen, d. h. der 65- bis 74-Jährigen (2,41 $\pm 0,4$) und der über 74-Jährigen (2,38 $\pm 0,5$), waren am deutlichsten.

Abb. 45: Verwirklichung von Zielen zu T2, differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

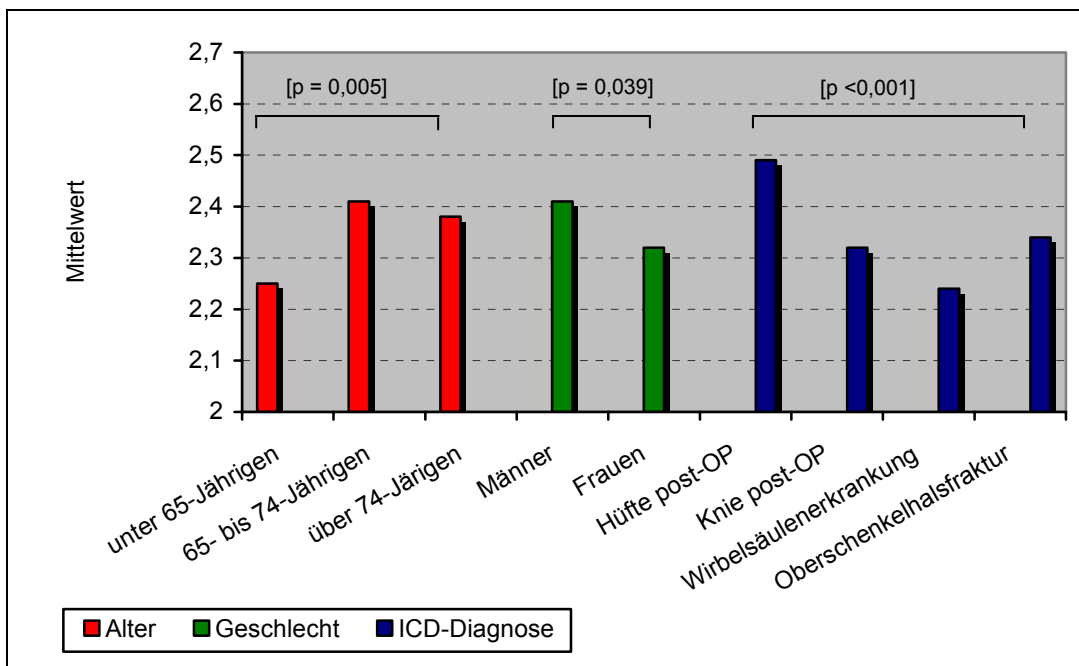


Abb. 45 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der Zielerreichung zum Erhebungszeitpunkt T2 in Abhängigkeit zu Alter (n = 404), Geschlecht (n = 404) sowie ICD- Diagnosen (n = 348). T3 Alter/ Geschlecht (n = 383) Diagnose (n = 331).

Diese Altersdifferenzen erwiesen sich als signifikant ($p = 0,005$). Der Vergleich der Mittelwerte zwischen Männern und Frauen [vgl. Abbildung 45] zeigte für die männlichen Patienten mit einem Mittelwert von $2,41 (\pm 0,4)$ eine signifikant ($p = 0,039$) höhere Zielerreichungsquote gegenüber den weiblichen Patienten ($2,32 \pm 0,4$). Innerhalb der Analyse der Zielerreichungsparameter fand sich bei einer Differenzierung nach den wichtigsten ICD-Diagnosen [vgl. Abbildung 45] in der Diagnosegruppe postoperativ nach Hüftgelenkersatz ein besserer Mittelwert ($2,49 \pm 0,4$) als bei den anderen Diagnosegruppen. Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen hatten den niedrigsten Mittelwert von $2,24 (\pm 0,4)$, und die Diagnosegruppen postoperativ nach Kniegelenkersatz ($2,32 \pm 0,4$) und Oberschenkelhalsfraktur ($2,34 \pm 0,4$) zeichneten sich durch nahezu identische Mittelwerte aus. Die Unterschiede in der Zielerreichung zum Zeitpunkt T2 in Abhängigkeit der Diagnose waren hoch signifikant ($p < 0,001$).

Ein Mittelwertvergleich zum Zeitpunkt T3 im Hinblick auf die Ausprägung der Zielerreichung [vgl. Abbildung 46] ergab für die Gruppe der unter 65-Jährigen erneut den schlechtesten Mittelwert ($2,22 \pm 0,5$).

Abb. 46: Verwirklichung von Zielen zu T3 (T2), differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

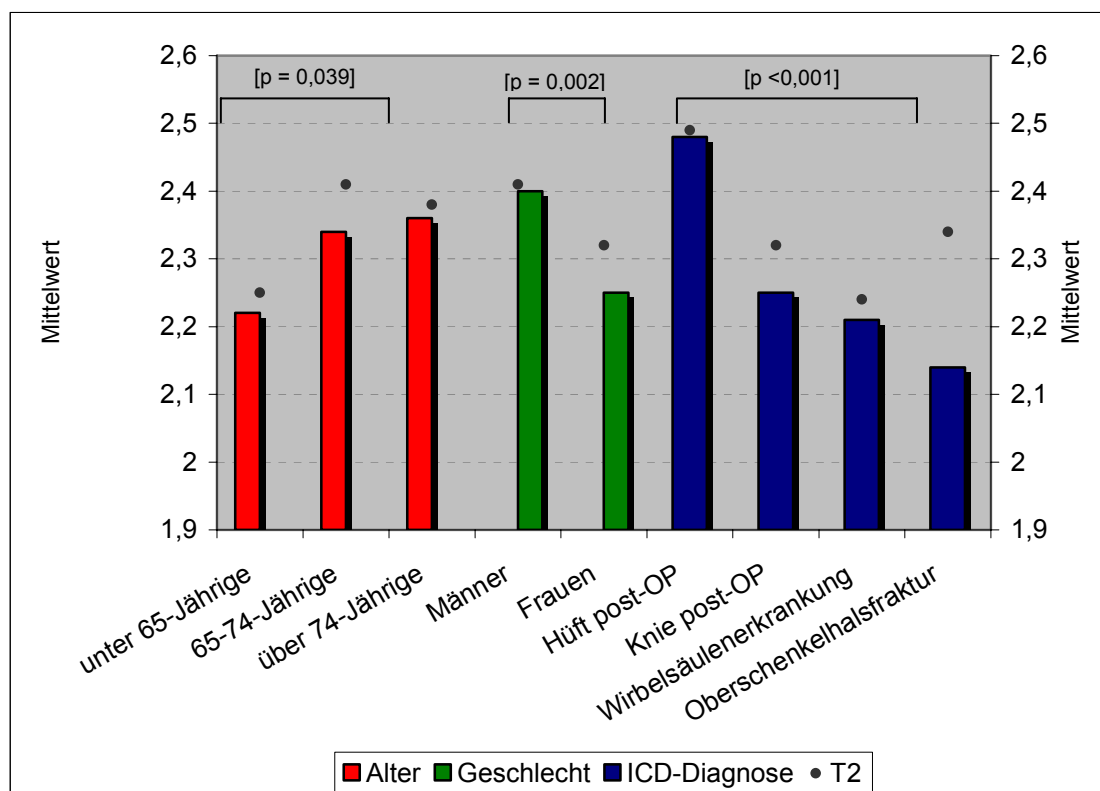


Abb. 46 zeigt die unterschiedliche Höhe der Mittelwerte der Zielerreichung zum Erhebungszeitpunkt T3 in Abhängigkeit zu Alter ($n = 383$), Geschlecht ($n = 383$) sowie ICD-Diagnosen ($n = 331$). Als Punktwert sind die verwirklichten Ziele zu T2, differenziert nach Alter, Geschlecht und ICD-Diagnose, eingetragen.

Die Gruppe der über 74-Jährigen erreichte nun das beste Ergebnis bei geringfügiger Veränderung des Mittelwertes ($2,36 \pm 0,5$) im Vergleich zu T2. Ein leichter Abwärtstrend des Mittelwertes von $2,34 (\pm 0,5)$ in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen führte hingegen zu einer schlechteren Position gegenüber den anderen Altersgruppen. Die Unterschiede in der Zielerreichung zum Zeitpunkt T3 in Abhängigkeit des Alters waren noch signifikant ($p = 0,039$). Die Differenz zwischen den Mittelwerten von Frauen und Männern wurde deutlicher ($p = 0,002$). Während der Wert bei den männlichen Patienten mit $2,40 (\pm 0,5)$ stabil blieb, fiel er bei den Patientinnen zu T3 weiter auf $2,25 (\pm 0,5)$ ab. Der Mittelwertvergleich der wichtigsten ICD-Diagnosen zeigte im Hinblick auf die Ausprägung der Zielerreichung zum Zeitpunkt T3 erneut hoch signifikante Ergebnisse ($p < 0,0001$). Dabei blieb der Mittelwert bei der Diagnosegruppe postoperativ nach Hüftgelenkersatz mit $2,48 (\pm 0,5)$ stabil und stellte auch zum Zeitpunkt T3 das beste Zielerreichungsergebnis dar. Bei allen anderen Diagnosen senkte sich der Mittelwert, bei Patienten mit Wirbelsäulenerkrankung auf $2,21 (\pm 0,4)$ und beim Zustand nach Kniegelenkoperation auf $2,25 (\pm 0,5)$. Die deutlichste negative Entwicklung des Mittelwerts auf $2,14 (\pm 0,4)$ war bei den Patienten mit Oberschenkelhalsfraktur zu beobachten.

Für die Auswertung einzelner Ziele kann grundsätzlich festgestellt werden, dass die meisten Patienten [vgl. Tabelle 21] sowohl zum Zeitpunkt T2 als auch zum Zeitpunkt T3 nur teilweise ihre gesetzten Rehabilitationsziele erreichten. Bei T2 lag der Anteil, in Abhängigkeit vom Ziel, zwischen ca. 45% und 80%, bei T3 zwischen ca. 42% und 73%. Diejenigen, die ihre Ziele überhaupt nicht erreichten, bildeten in der Regel die kleinste Gruppe. Ausnahme bildeten die Aussagen zum Erreichen der Ziele „ich bin körperlich fit für den Alltag geworden“, „ich konnte meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen/ erhalten“ und „ich bin beschwerdefrei“. Bei diesen Zielen war der Anteil derer größer, die es nicht erreichten, gegenüber denjenigen, die es vollständig erlangten.

Die deutlichste Ausprägung der Verwirklichung wurde beim Ziel „Ich habe mich entspannen können“ registriert. Dieses Ziel erreichte zum Zeitpunkt T2 die Hälfte der Rehabilitanden vollständig und 45% teilweise. Zu T3 reduzierte sich die langfristige Wirksamkeit von Entspannung, nur noch 35,7% bestätigten, das Ziel vollständig erreicht zu haben. Dies ist zugleich auch der deutlichste Abfall innerhalb der Ergebnisse von T2 zu T3. In diesem Bereich lagen die Werte sehr dicht beieinander. Weitere Ziele, welche von einem recht großen Anteil der Rehabilitanden vollständig erreicht worden sind, lauten: „Ich fühle mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl“ (T2 = 34,9%; T3 = 35,3%), „ich konnte die Angst vor meiner Krankheit bewältigen“ (T2 = 26%; T3 = 26,8%) und das Ziel „ich habe ein aktives Leben geführt“ (T2 = 23,6%; T3 = 23,4%).

Tab. 21: Verwirklichung von Zielen der Rehabilitanden

| Inwieweit haben sich Ziele verwirklicht (n = T2/T3) | überhaupt nicht | | teilweise | | vollständig | |
|---|-----------------|------|-----------|------|-------------|------|
| | T2 | T3 | T2 | T3 | T2 | T3 |
| Ich bin wieder zu Kräften gekommen. (n = 390/380) | 3,1 | 6,8 | 76,4 | 72,1 | 15,9 | 15,0 |
| Ich habe alte, mir schadende Gewohnheiten abgelegt. (n = 346/362) | 4,3 | 3,0 | 46,2 | 47,2 | 19,1 | 18,8 |
| Ich habe mich entspannen können. (n = 395/373) | 1,8 | 5,1 | 44,8 | 52,5 | 49,6 | 35,7 |
| Ich habe ein aktiveres Leben geführt. (n = 360/364) | 7,8 | 9,6 | 49,7 | 50,8 | 23,6 | 23,4 |
| Ich bin körperlich fit für den Alltag geworden. (n = 384/379) | 10,7 | 18,5 | 75,5 | 67,0 | 10,7 | 12,1 |
| Ich kann meine Schmerzen jetzt besser bewältigen. (n = 372/371) | 8,3 | 12,1 | 65,9 | 65,0 | 16,7 | 16,4 |
| Ich konnte meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern. (n = 381/376) | 6,3 | 13,0 | 80,8 | 73,4 | 11,5 | 12,2 |
| Ich konnte mein Gewicht optimieren. (n = 366/368) | 7,1 | 9,2 | 53,8 | 42,4 | 13,1 | 18,8 |
| Ich konnte meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen/ erhalten. (n = 336/349) | 18,5 | 16,9 | 51,8 | 54,7 | 4,2 | 8,6 |
| Ich konnte meine Schmerzen reduzieren. (n = 379/374) | 9,2 | 12,8 | 71,5 | 71,4 | 13,5 | 13,9 |
| Ich konnte meine Niedergeschlagenheit bewältigen. (n = 368/370) | 3,8 | 7,0 | 45,5 | 46,8 | 18,5 | 20,8 |
| Ich fühle mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl. (n = 378/374) | 4,8 | 8,0 | 59,3 | 55,3 | 34,9 | 35,3 |
| Ich konnte die Angst vor meiner Krankheit bewältigen. (n = 362/362) | 6,6 | 9,4 | 49,4 | 43,6 | 26,0 | 26,8 |
| Ich bin beschwerdefrei. (n = 386/377) | 29,3 | 37,7 | 61,9 | 53,6 | 7,0 | 8,0 |

Tab. 21 zeigt in Prozent die Ausprägung (überhaupt nicht/ teilweise/ vollständig) der Verwirklichung von Rehabilitationszielen am Ende der Rehabilitation (T2) und drei Monate nach Abschluss der Maßnahme (T3). N = beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Entlassung bzw. drei Monate nach Entlassung.

Das schlechteste Ergebnis wurde bei der Verwirklichung des Ziels „ich bin beschwerdefrei“ registriert. 29,3% der Probanden erreichten dieses Ziel zu T2 überhaupt nicht und 37,7% zu T3. Teilweise verwirklicht wurde dieses Ziel von 61,9% (T2) der Probanden (T3 = 53,3%). Dementsprechend niedrig lag der Anteil derer, die das Ziel vollständig erreichten, auch wenn es an oberer Stelle der Prioritätenliste stand und zu Beginn der Rehabilitation (T1) von

97,7% angestrebt wurde. Auch das Ziel „ich bin körperlich fit für den Alltag geworden“ wurde von einem größeren Anteil (10,7% zu T2) nicht verwirklicht und von drei Vierteln der Probanden nur teilweise. Der Anteil der Rehabilitanden, der das Ziel nicht erreichte, stieg bis zum Zeitpunkt T3 auf 18,5% an. Auch dieses Ziel stand mit 98,3% an vorderster Stelle der zu Beginn der Rehabilitation von den Patienten angestrebten wichtigen Ziele [vgl. S. 136].

Die angestrebten zentralen Ziele der Rehabilitanden „ich will wieder zu Kräften kommen“ und „ich möchte meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern“ wurden von der Mehrheit sowohl zu T2 (76,4%; 80,8%) als auch zu T3 nur teilweise (72,1%; 73,4%) erreicht. Die Verwirklichung beider Ziele wurde zum Zeitpunkt T3 schlechter beurteilt als zum Zeitpunkt T2.

Abb. 47: Ziele, die nicht verwirklicht wurden, zum Zeitpunkt T3 in Abhängigkeit vom Alter

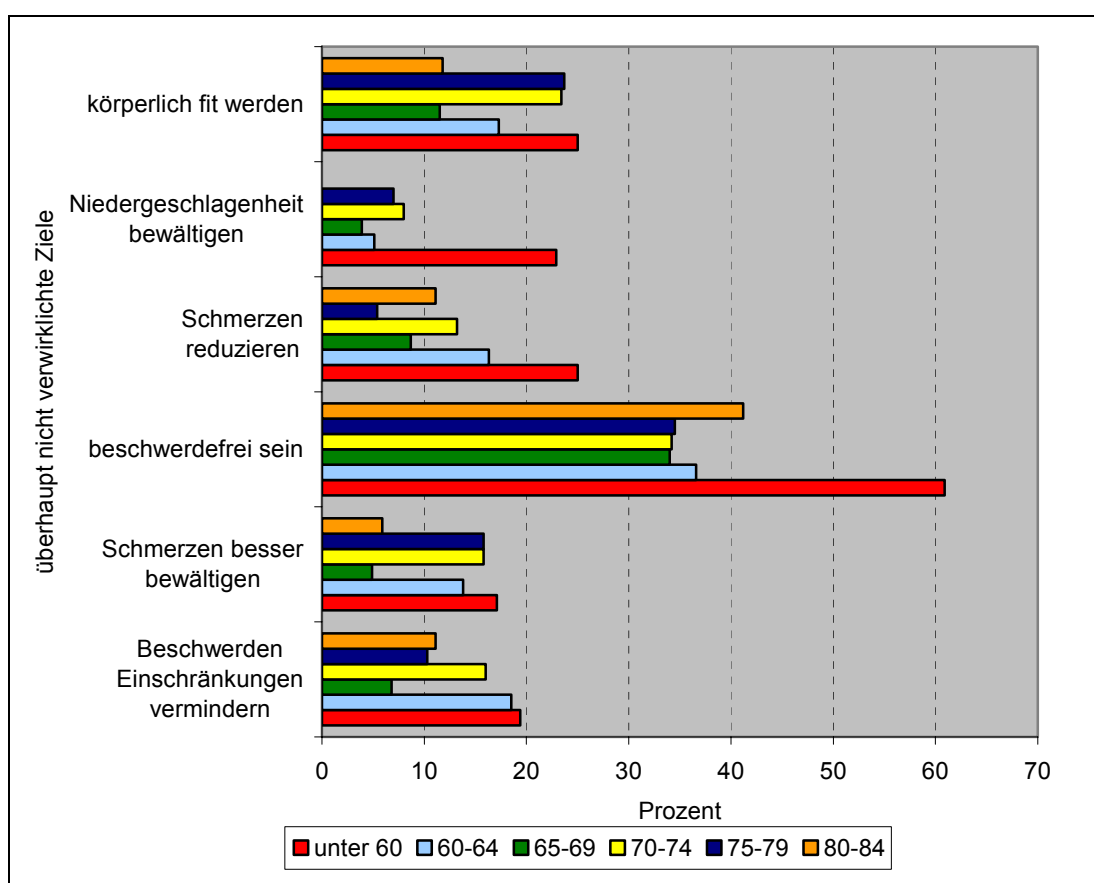


Abb. 47 zeigt die überhaupt nicht verwirklichten Ziele in Abhängigkeit zum Alter der Rehabilitanden zu dem Erhebungszeitpunkten T2 und T3. N = 365 beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items drei Monate nach Entlassung.

Bei der Analyse der Häufigkeit der umgesetzten Ziele, unter Berücksichtigung des Alters, fiel auf, dass sich mit Zunahme des Alters der Anteil derer, die ein Ziel erlangten, nicht reduzier-

te. Zum Zeitpunkt T2 [vgl. Abbildung 47 und 48] war es insbesondere die Gruppe der unter 60-Jährigen, die am seltensten ein Ziel erreichte. In dieser Altersgruppe war der Anteil derer, die angaben, das Ziel „überhaupt nicht erreicht“ zu haben, teilweise um das 3- bis 4-fache höher als in den älteren Gruppen. So waren z. B. 26,5% der unter 60-Jährigen gegenüber 6,3% der 80- bis 84-Jährigen der Meinung, dass sie das Ziel „meinen Schmerz besser bewältigen“ überhaupt nicht erreicht haben. 22,2% der unter 60-Jährigen und nur 5,7% der 75- bis 79-Jährigen gaben an, das Ziel „meine körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vermindern“ nicht erlangt zu haben. Auch das Ziel „beschwerdefrei sein“ wurde von 60,5% der jüngeren Altersklasse gegenüber 24,5% der 75- bis 79-Jährigen überhaupt nicht erreicht. Dagegen vertraten nur 11,8% der 80- bis 84-Jährigen diese Meinung.

Abb. 48: Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T2 in Abhängigkeit vom Alter

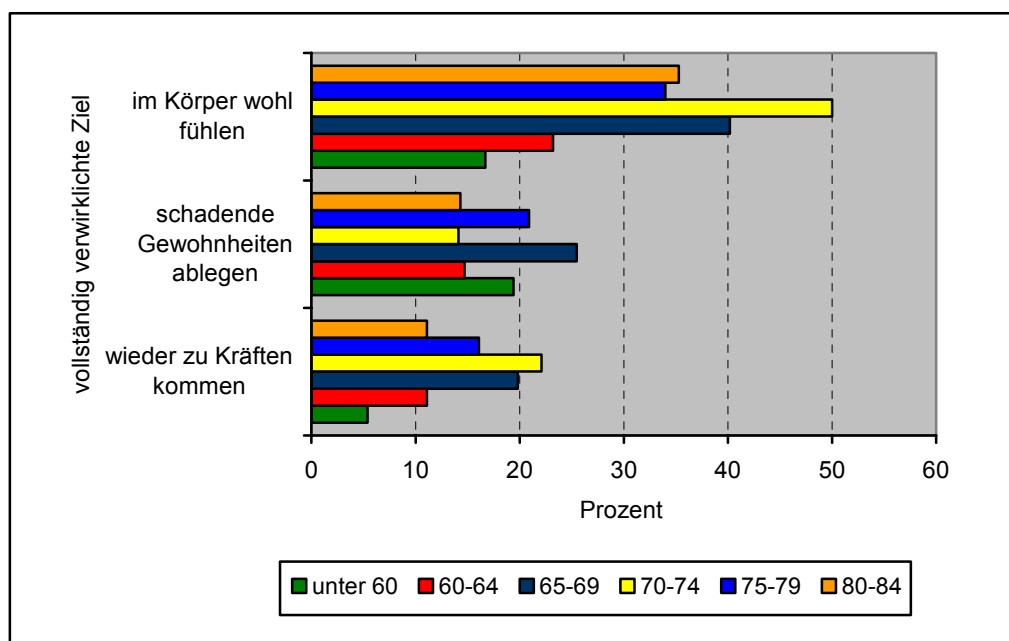


Abb. 48 zeigt die verwirklichten Ziele der Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt in Abhängigkeit zum Alter. N = 342 beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Aufnahme.

Von den Altersgruppen der 65- bis 69-Jährigen und der 70- bis 74-Jährigen wurden im Vergleich zu den anderen Altersgruppen viele der Ziele am häufigsten vollständig verwirklicht. So ist der Anteil der vollständigen Zielerreichung bei dem Plan „wieder zu Kräften gekommen“ mit 22,1% und bei der Absicht „mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen“ mit 50% bei der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen am höchsten. Die Ziele „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“ (25,5%) und „mich entspannen können“ (56,6%) wurden am häufigsten von den 65- bis 69-Jährigen erreicht.

Der Befund, dass in der Regel die unter 60-Jährigen den höchsten Anteil derer stellten, die ihre Ziele überhaupt nicht erreichten, bestätigte sich auch zum Zeitpunkt T3. Die Differenz zu den älteren Gruppen war nicht mehr so stark ausgeprägt. Das Ziel „körperlich fit werden“ wurde von 25% und das Ziel „Schmerzen besser bewältigen“ von 17,1% der unter 60-Jährigen nicht erreicht (75- bis 79-Jährige 23,7%; 5,8%). Doppelt so hoch war der Anteil bei den unter 60-Jährigen hinsichtlich der Ziele „körperliche Beschwerden und Einschränkungen vermindern“ (19,4%) und „meine Niedergeschlagenheit bewältigen“ (22,9%) im Vergleich zu den 75- bis 79-Jährigen (10,3%; 7%). In der jüngeren Altersgruppe kamen 25% nicht ans Ziel „meine Schmerzen reduzieren“, bei den 80- bis 84-Jährigen waren es hingegen nur 11,1%.

Auch wenn 41,2% der 80- bis 84-Jährigen und 34,5% der 75- bis 79-Jährigen das Ziel „beschwerdefrei sein“ nicht erlangen konnten, so betrug der Anteil bei den unter 60-Jährigen sogar 61,1%. Zum Zeitpunkt T3 waren es erneut die Altersgruppen der 65- bis 69-Jährigen und der 70- bis 74-Jährigen, die am häufigsten die gesetzten Ziele vollständig erreichten, auch wenn die Differenzen zu den anderen Altersgruppen nicht so stark ausgeprägt waren wie zum Zeitpunkt T2.

Beim Gesamtvergleich der Ergebnisse war keine eindeutige Tendenz zu erkennen, dass die Häufigkeit der Zielerreichung grundsätzlich zu T3 weiter abnahm. Die Richtung der Veränderung war von Ziel zu Ziel verschieden. Bei einzelnen Zielen konnte sogar erst im häuslichen Bereich ein besseres Ergebnis erreicht werden. Dieser Befund stellte sich ebenso in der altersdifferenzierten Analyse dar. Es war von der Art des Zieles abhängig, ob es zum Zeitpunkt T3 seltener erreicht wurde und schien nicht durch das Alter beeinflusst.

Die geschlechterspezifische Analyse zu T2 zeigte [vgl. Abbildung 49], dass – wenn auch mit teilweise geringen Differenzen – Männer ihre Ziele häufiger vollständig erlangten. Die einzige Ausnahme bezieht sich auf den Vorsatz „mein Gewicht optimieren“, welcher geringfügig häufiger von Frauen umgesetzt wurde. Auffällig dabei war, dass dies auch für Ziele zutraf, die häufiger von Frauen angestrebt wurden. Obwohl ein größerer Anteil Frauen sich das Ziel „alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen“ vornahm, realisierten geringfügig mehr Männer (21%) als Frauen (17,7%) dieses Ergebnis. Auch das von Frauen häufiger gesetzte Ziel „meine Niedergeschlagenheit bewältigen“, erreichten letztendlich mehr Männer (20%) vollständig (Frauen 17,4%). Die deutlichsten Geschlechterdifferenzen fanden sich hinsichtlich der Zielerreichungen „mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen“ (Männer = 40,5%; Frauen = 31,1%) und „die Angst vor meiner Krankheit bewältigen“; 34,2% der Männer, aber nur 20% der Frauen, erlangten letztgenanntes Ziel vollständig.

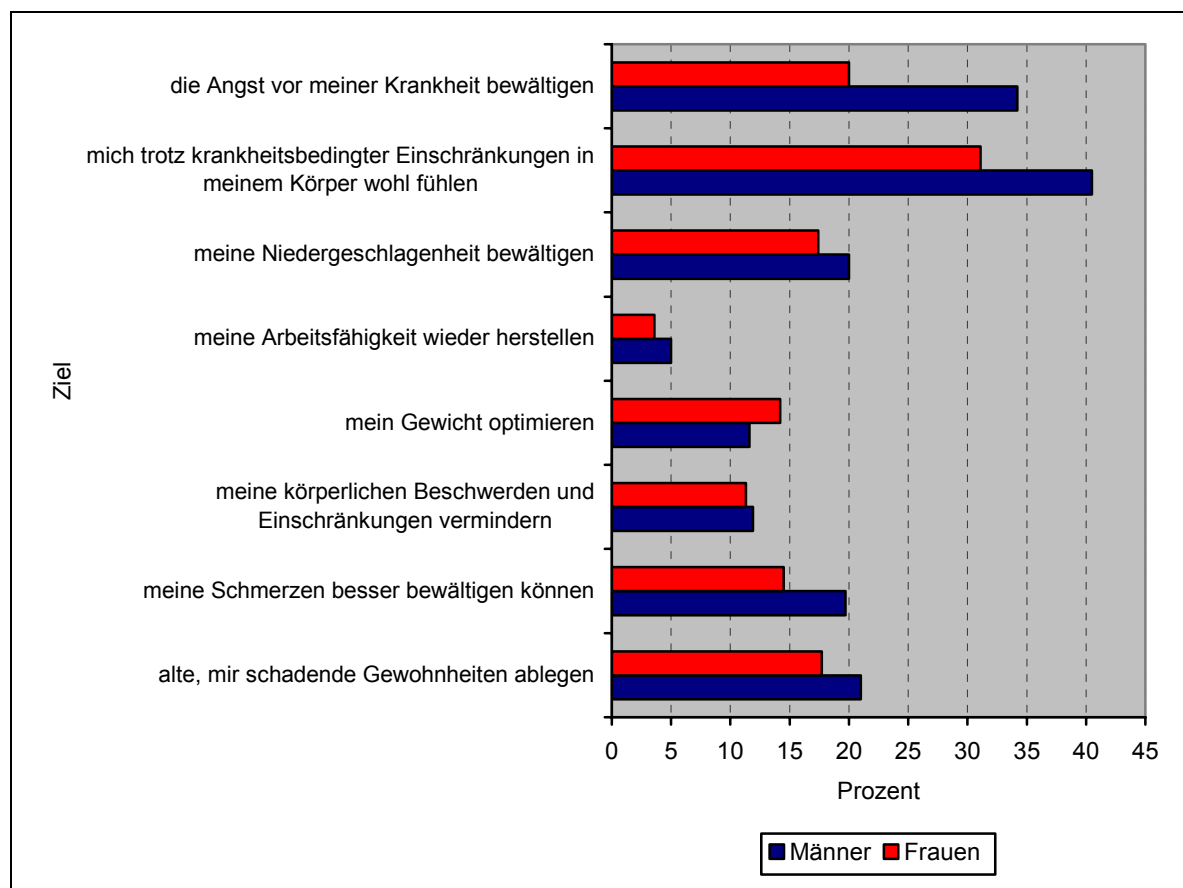
Abb. 49: Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T2 in Abhängigkeit vom Geschlecht

Abb. 49 zeigt in Prozent eine geschlechtsspezifische Analyse der Zielerreichung der Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt T2. N = 336 beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items bei Aufnahme.

Zum Zeitpunkt T3 bestätigten sich geschlechterspezifische Befunde [vgl. Abbildung 50] zugunsten der Männer und nahmen in ihrer Ausprägung sogar noch leicht zu. Besonders deutlich war der Befund beim Ziel „mich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in meinem Körper wohl fühlen“. Fast 20% mehr Männer (46,6%) als Frauen (27,9%) erreichten dieses Ziel vollständig. Auch bei den Zielen „meine Schmerzen besser bewältigen“, „meine Beschwerden und körperlichen Einschränkungen vermindern“, „meine Niedergeschlagenheit bewältigen“ und „die Angst vor meiner Krankheit bewältigen“ fand sich jeweils eine Differenz von ca. 10% zugunsten der Männer. Dieser Befund wurde zusätzlich untermauert durch einen durchgehend höheren Anteil an Frauen, die zu T3 ihre Ziele überhaupt nicht erreichten. Einzige Ausnahme, bei der sich Frauen (16,4%) und Männer (17,8%) annähernd gleich verhielten, bildete das Ziel „meine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen“.

Abb. 50: Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T3 (T2) in Abhängigkeit vom Geschlecht

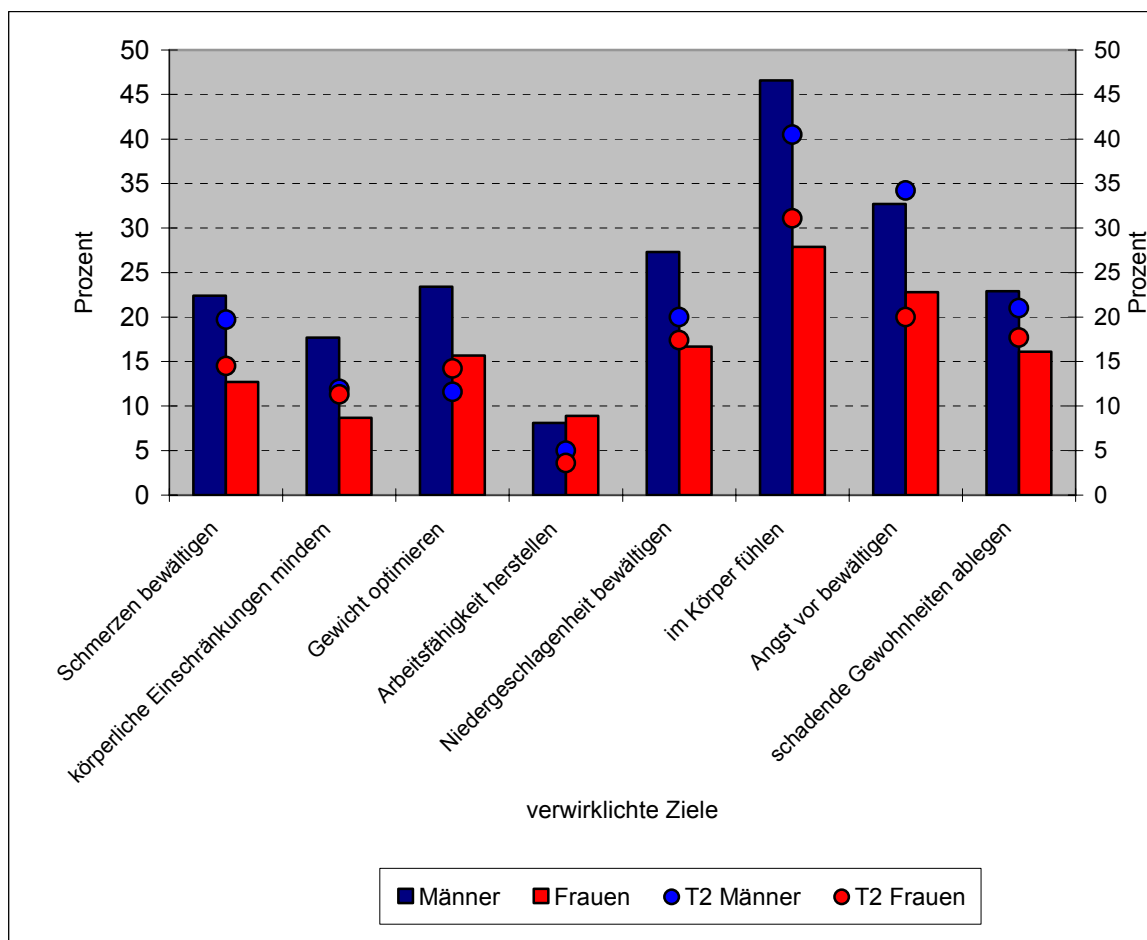


Abb. 50 zeigt in Prozent eine geschlechtsspezifische Analyse der Zielerreichung der Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt T3 in Form der Balken; n = 349 beruht auf der Mindestzahl der vollständig dokumentierten Items drei Monate nach Entlassung. Als Punkte sind die Prozentwerte der verwirklichten Ziele, differenziert nach Geschlecht zum Erhebungszeitpunkt T2, eingetragen.