

Sibylle Biefang¹, Peter Potthoff², Dorothea Urbahn²¹ Medizinische Soziologie, Universität Ulm² Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung, München

Gesundheitszustand der Kurteilnehmer

Zusammenfassung

In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung werden ambulante und stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationskuren bewilligt, um Frühberentung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Erhebungen bei Kurteilnehmern im Alter von 55–75 Jahren ($n = 721$) ermittelten, inwieweit die derzeitige Bewilligungspraxis der „Begutachtungsanleitung Kuren“ folgt. Die Analyse stützte sich auf die hausärztlichen Angaben im Kurantrag und eine schriftliche Befragung der Probanden mit einem gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsprofil (IRES). Sie stellte a) Fälle mit ambulanten und stationären Kuren, b) Fälle mit Vorsorge- und Rehabilitationskuren sowie c) Kurteilnehmer und Kontrollen aus der Normstichprobe des IRES einander gegenüber. Bei Diagnosen im Bereich des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes wurden eher ambulante als stationäre Kuren bewilligt. Unterschiede in den Diagnosen von Teilnehmern an Vorsorge- und Rehabilitationskuren bestanden nicht. Nach den Eigenangaben wurde bei ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Behinderungen eher eine stationäre als eine ambulante Kur bewilligt. Zwischen Fällen mit Vorsorge- und Rehabilitationskuren bestanden nur geringfügige Unterschiede. Die Kurteilnehmer fühlten sich stärker gesundheitlich beeinträchtigt/behindert als die Kontrollen der Normstichprobe. Insgesamt zeigte sich, dass die Auswahl der Kurteilnehmer und die Zuweisung zu ambulanten und stationären Kuren weitgehend einem bedarfsgerechten Muster folgt; zwischen ambulanten und stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationskuren aber besser differenziert werden müsste.

Kuren sind traditionellerweise mit einem Aufenthalt in einem Kurort oder Heilbad verbunden. Sie fallen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung unter die medizinischen Versorgungsleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die dazu beitragen sollen,

Frühberentung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine Indikation für eine Kur besteht, wenn die ambulante Behandlung am Wohnort nicht ausreicht. Hierbei haben ambulante Kuren (ca. dreiwöchige ambulante Behandlung in einem Kurort oder Heilbad) Vorrang vor

stationären Kuren (ca. vierwöchige Behandlung in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik). Die gesetzliche Krankenversicherung unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationskuren. Nach der „Begutachtungsanleitung Kuren“¹ können ambulante Vorsorgekuren bei verhaltensbedingten Risikofaktoren und Regulationsstörungen (z.B. Schmerzen oder Schlafstörungen) in Verbindung mit psychosozialen Belastungen, stationäre Vorsorgekuren bei einer Häufung von Risikofaktoren, Regulationsstörungen und psychosozialen Problemen bewilligt werden. Ambulante Rehabilitationskuren kommen bei chronischer Erkrankung, stationäre Rehabilitationskuren bei schwerer Erkrankung mit Funktions- und Mobilitätseinschränkungen in Betracht. Da für die Rehabilitation der Arbeiter und Angestellten, solange sie berufstätig sind, in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig ist, befinden sich unter den Kurteilnehmern eher ältere, bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Menschen. Von der gesetzlichen Krankenversicherung werden jährlich rund 1 Million ambulante und stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationskuren für etwa 3 Milliarden DM

durchgeführt (alte deutsche Bundesländer; Daten unter Einschluss der neuen deutschen Bundesländer liegen derzeit nur für die ambulanten Kuren vor)². Die Aufwendungen der Kassen pro ambulanter Kur betragen im Durchschnitt DM 1000,-, pro stationärer Kur im Durchschnitt DM 6000,-, unabhängig davon, ob es sich um eine Vorsorge- oder eine Rehabilitationskur handelt.

In einem Projekt, das sich mit den Kurbewilligungsentscheidungen in der gesetzlichen Krankenkasse und der Umsetzung der „Begutachtungsanleitung Kuren“ in das Kurantrags- und Bewilligungsverfahren befasste³, untersuchten wir zunächst die gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Behinderungen von Kurteilnehmern. Über den Gesundheitszustand der Kurteilnehmer lagen keine Routinedaten vor. Die Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung⁴ dokumentieren nur die Anzahl und die Aufwendungen für die verschiedenen Kurarten. Alter, Diagnosen oder sonstige gesundheitlich relevante Informationen werden nicht erfasst. Auch von den einzelnen Kassen werden derartige Daten nicht routinemässig dokumentiert. Fragstellungen der Studie „Gesundheitliche Beeinträchtigungen/Behinderungen der Kurteilnehmer“ waren:

- Welche Kurdiagnosen liegen bei Teilnehmern an den verschiedenen Kurarten (ambulante und stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationskur) aus der Sicht der Hausärzte vor?
- Wie schätzen die Teilnehmer an den verschiedenen Kurarten ihren Gesundheitszustand ein und welche Unterschiede bestehen im Vergleich mit Kontrollen aus einer Bevölkerungsstichprobe?
- Inwieweit folgt die Auswahl der Kurteilnehmer und die Zuweisung zu den verschiedenen Kurarten den Vorgaben

der „Begutachtungsanleitung Kuren“?

Methoden

In der Studie führten wir Erhebungen bei Versicherten mit bewilligten ambulanten und stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationskuren der Barmer Ersatzkasse (BEK) durch. Die BEK ist mit rund 9 Millionen Versicherten die grösste deutsche Angestelltenkrankenkasse und kann damit für die Angestellten unter den Kurteilnehmern als repräsentativ gelten. Das Kurantragsverfahren der BEK, wie auch das aller anderen Krankenkassen, sieht vor, dass der Versicherte die Kur mit einem Formblatt, in dem der Hausarzt die Kur und Kurart begründet, beantragt. Anhand dieser Unterlage entscheidet die BEK über die Kurbewilligung, wobei in unklaren Fällen der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) eingeschaltet wird. Die Stellungnahme des MDK erfolgt in der Regel nach Aktenlage und nur im Ausnahmefall aufgrund einer erneuten körperlichen Untersuchung des Antragstellers.

Die Analyse stützt sich auf die hausärztlichen Angaben im Kurantrag und eine schriftliche Befragung der Kurteilnehmer. Aus dem Kurantrag übernahmen wir die Angaben zu Hauptdiagnose(n), erforderlicher Kurart (ambulante oder stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationskur), Gründen für eine stationäre Kur und ggf. das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme des MDK. In der schriftlichen Befragung setzten wir die „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“⁵ ein, weil sie Sachverhalte erheben, die nach der „Begutachtungsanleitung Kuren“ für die Zuweisung zu den verschiedenen Kurarten massgeblich sind. Der IRES kann den gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsprofilen (health-related quality of life pro-

files) zugerechnet werden^{6,7}. Er besteht aus Selbsteinschätzungsskalen, die Beschwerden/Symptome, verhaltensbedingte Risikofaktoren, berufliche Belastungen, Funktionseinschränkungen im Alltagsleben, psychische Belastungen und soziale Probleme erfassen. Es handelt sich um ein psychometrisch ausgetestetes Verfahren. Für die Interpretation des Gesamtscores und der Subscores (Scores für einzelne Skalen) stehen Normwerte aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (nur alte deutsche Bundesländer; n=1800) zur Verfügung).

An den Erhebungen beteiligten sich sechs BEK-Geschäftsstellen im westdeutschen Raum. Der Ablauf der Erhebungen sah vor, dass die Geschäftsstellen alle Versicherten im Alter von 55–75 Jahren, bei denen im Verlauf der ersten Jahreshälfte 1993 eine ambulante oder stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationskur bewilligt wird (ohne Anschlussheilbehandlungen nach Krankenhausaufenthalt und Müttergenesungskuren) dazu auffordern, an der Studie teilzunehmen und durch eine schriftliche Einwilligungserklärung der Übernahme von Daten aus dem Kurantrag für Studienzwecke zuzustimmen. Nach Eingang der schriftlichen Einwilligungserklärung schickten wir den Probanden den IRES-Fragebogen, mit der Bitte um Beantwortung. Die Altersgrenzen trugen dem Umstand Rechnung, dass nach den Erfahrungen der Geschäftsstellen mit einer namhaften Zahl von Fällen unter 55 bzw. über 75 Jahre nicht zu rechnen war; der Erhebungszeitraum dem Umstand, dass die Kuranträge in der Regel in der ersten Jahreshälfte gestellt werden.

Ergebnisse

Teilnahme an der Studie, Fragebogenrücklauf, vollständige Fälle, Stellungnahmen des MDK, bewilligte Kurarten sowie Alter und Geschlecht der Kurteilnehmer

Von 927 der insgesamt 1888 angeschriebenen Versicherten mit bewilligten Kuren (49%) erhielten die Geschäftsstellen die Einwilligungserklärung. Nach Auskunft der Geschäftsstellen war der wichtigste Grund für die Nichtteilnahme an der Studie, dass nachträglich – trotz gegenteiliger Versicherung im Anschreiben – negative Auswirkungen auf die Kurbewilligung befürchtet wurden. Von den 927 Probanden mit Einwilligungserklärung beantworteten 876 (94%) den Fragebogen. Auswertbar waren 862 Fragebogen. Von diesen waren 20 durch Probanden beantwortet worden, die nicht den vorgegebenen Altersgrenzen (55–75 Jahre) entsprachen. Nur für 798 der 876 Probanden (91%) lag auch das Kurantragsformular vor. Nach Abgleich aller Unterlagen und Ausscheiden von weiteren Probanden mit lückenhaften Angaben im Kurantrag verblieben für die Datenanalyse schliesslich 721 vollständige Fälle (Kurantragsformular und Fragebogen) im Alter von 55–75 Jahren.

Für 132 der vollständigen Fälle (18,3%) holten die Kassensachbearbeiter/innen vor der Bewilligungsentscheidung eine Stellungnahme des MDK ein. Hierbei ist offen, ob die Stellungnahme des MDK anhand der Aktenlage oder anhand einer erneuten körperlichen Untersuchung des Antragstellers erfolgte. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Kurteilnehmer nach den bewilligten Kurarten. Danach entfielen 161 Fälle (22,3%) auf ambulante Vorsorgekuren, 18 Fälle (2,5%) auf stationäre Vorsorgekuren, 387 Fälle (53,7%) auf ambulante Rehabilitationskuren und 122 Fälle (16,9%)

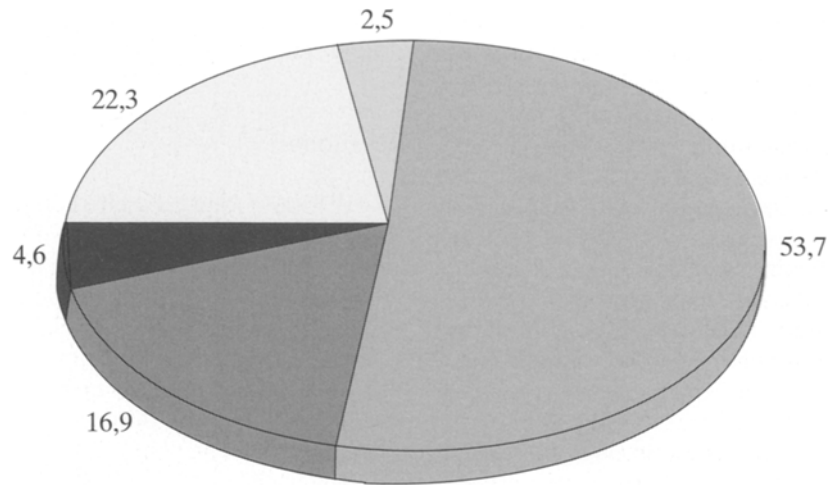


Abbildung 1. Verteilung der Kurteilnehmer nach bewilligten Kurarten (n = 721). amb. Vorsorgekur (n = 161), stat. Vorsorgekur (n = 18), amb. Reha-Kur (n = 387), stat. Reha-Kur (n = 122), unzureichende Angaben (n = 33).

auf stationäre Rehabilitationskuren. Bei 33 Fällen (4,6%) ging aus dem Kurantrag nur hervor, dass es sich um eine ambulante Kur (10 Fälle) bzw. um eine stationäre Kur (23 Fälle) handelt, d. h. die Angabe Vorsorge- oder Rehabilitationskur fehlte. Angesichts der wenigen Fälle mit stationären Vorsorgekuren bot sich für die weiteren Analysen keine Gegenüberstellung der vier Kurarten an, vielmehr unterschieden wir nur noch zwischen Patienten mit ambulanten und

stationären Kuren (Vergleich I; n = 721) und Patienten mit Vorsorge- und Rehabilitationskuren (Vergleich II; n = 688, ohne 33 Fälle mit fehlenden Angaben zur Vorsorge- bzw. Rehabilitationskur). Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Kurteilnehmer nach Geschlecht und Alter für die beiden Vergleichsgruppen. Zwei Drittel der Kurteilnehmer waren Frauen. Über 80% der Kurteilnehmer waren 60 Jahre oder älter. Sowohl bei Vergleich I als auch bei Ver-

	Vergleich I				Vergleich II			
	Ambulante Kur (n = 558)		Stationäre Kur (n = 163)		Vorsorgekur (n = 179)		Reha-Kur (n = 509)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Geschlecht								
Männlich	187	33,5	60	36,8	62	34,6	176	34,6
Weiblich	371	66,5	103	63,2	117	65,4	333	65,4
Alter								
55–59 Jahre	99	17,7	20	12,3	31	17,3	83	16,3
60–64 Jahre	132	23,7	38	23,3	40	22,3	123	24,2
65–69 Jahre	171	30,6	54	33,1	59	33,0	153	30,1
70–75 Jahre	156	28,0	51	31,3	49	27,4	150	29,5

Tabelle 1. Geschlecht und Alter der Kurteilnehmer.

gleich II bestanden gewisse Abweichungen bei Geschlecht und Alter. Sie waren aber nicht signifikant.

Kurdiagnosen und Gründe für die Beantragung stationärer Kuren laut Hausärzten

Die diagnostischen Klartext-Angaben der Hausärzte im Kurantragsformular wurden nach den ICD9-Gruppen verschlüsselt. Abbildung 2 stellt die vorrangigen Kurdiagnosen dar. Hiernach standen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes und des Kreislaufsystems im Vordergrund. Häufiger (mindestens 10%) genannt wurden darüber hinaus Erkrankungen des Stoffwechsels, der Atmungsorgane, des Nervensystems und der Verdauungsorgane. Da Mehrfachangaben möglich waren, addieren sich die Prozentsätze in der Abbildung auf über 100%. Zwischen ambulanten und stationären Kuren (Vergleich I) bestanden nur bei Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes signifikante Unterschiede ($p < 0,001$; t-test). Probanden mit diesen Erkrankungen wurden eher ambulanten als stationären Kuren zugewiesen. Zwischen Vorsorge- und Rehabilitationskuren (Vergleich II) finden sich demgegenüber keine nachweislichen Unterschiede im Morbiditätsspektrum.

Die Beantragung einer stationären Kur wurde von den Hausärzten vor allem mit der Schwere des Erkrankungsbildes begründet. Stationäre Kuren wurden aber auch wegen spezieller medizinischer oder physikalischer Therapiemaßnahmen, weil die ambulante Behandlung ausgeschöpft oder nicht ausreichend ist, wegen intensiver medizinischer Behandlung, ständiger ärztlicher Kontrolle und Überwachung und/oder wegen eines ausgeprägten Behinderungszustands für erforderlich gehalten. Die angeführten Gründe fallen nach der „Begutachtungsanleitung Kuren“

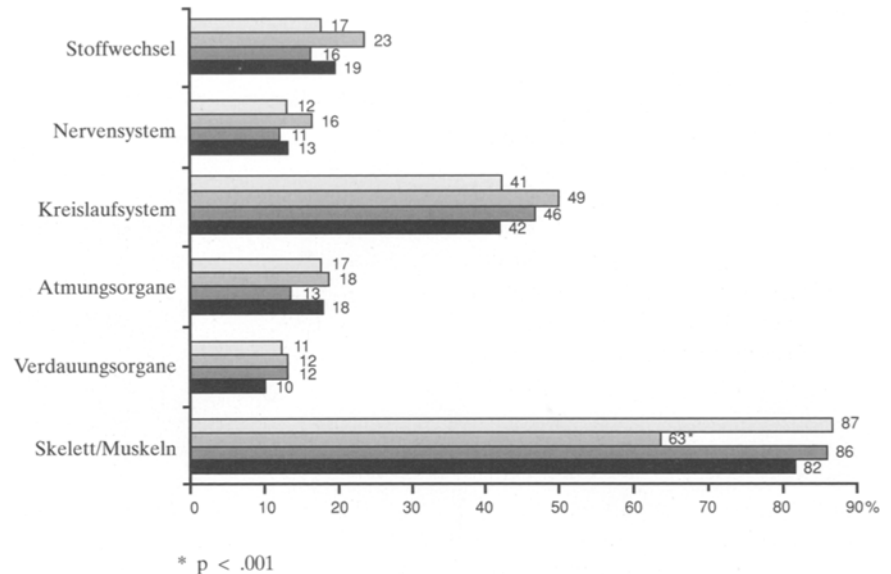


Abbildung 2. Vorrangige Kurdiagnosen (Hausärzte; Mehrfachnennungen). Vergleich I: ambulante Kur (n=558), stationäre Kur (n=163). Vergleich II: Vorsorgekur (n=179), Reha-Kur (n=509).

unter die Indikationskriterien für stationäre Rehabilitationskuren.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen aus der Sicht der Kurteilnehmer und im Vergleich zu Kontrollen der Normstichprobe

Tabelle 2 stellt zunächst die allgemeinen Angaben zum Gesundheitszustand im Gruppenvergleich dar. Die Gegenüberstellung enthält neben dem Vergleich zwischen Kurteilnehmern mit ambulanten und stationären Kuren (Vergleich I) und zwischen Kurteilnehmern mit Vorsorge- und Rehabilitationskuren (Vergleich II) auch einen Vergleich der Kurteilnehmer (nur Fälle im Alter von 55 bis 69 Jahren; n=514) mit Kontrollen (matched groups nach Alter und Geschlecht) der Normstichprobe des IRES (n=926; für den IRES liegen nur Normwerte für Personen bis 69 Jahre vor). Fälle mit stationären Kuren klagten über einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand ($p < 0,002$), fühlten sich im Alltagsleben stärker behindert ($p < 0,002$)

und waren in den letzten 12 Monaten häufiger krank ($p < 0,002$) als Fälle mit ambulanten Kuren. Unterschiede zwischen Fällen mit Rehabilitations- und Vorsorgekuren bestanden nur beim Gesundheitszustand ($p < 0,05$) und bei Behinderungen im Alltagsleben ($p < 0,002$). Erstere fühlten sich hier jeweils stärker beeinträchtigt. Gemessen an den Kontrollen der Normstichprobe gaben die Kurteilnehmer an, stärker auf ihre Gesundheit zu achten ($p < 0,002$), häufiger unter einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand zu leiden ($p < 0,002$), im Alltagsleben stärker behindert zu sein ($p < 0,002$) und in den letzten 12 Monaten häufiger krank gewesen zu sein ($p < 0,002$).

Tabelle 3 stellt die Angaben zu Risikofaktoren gegenüber. Zwischen Teilnehmern an ambulanten und stationären Kuren bestanden keine Unterschiede in den Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress und Alkohol. Im Vergleich zu Teilnehmern an Rehabilitationskuren standen Teilnehmer an Vorsorge-

	Vergleich I				Vergleich II				Vergleich III			
	Ambulante Kur		Stationäre Kur		Vorsorgekur		Reha-Kur		Kontrollen		Kurteilnehmer insgesamt	
	(55 bis 75 Jahre)		(n = 163)		(55 bis 75 Jahre)		(n = 509)		(55 bis 69 Jahre)		(n = 514)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Starke/sehr starke Beachtung der Gesundheit	391	70	111	68 n.s.	122	68	356	70 n.s.	500	54	355	69**
Weniger guter/schlechter Gesundheitszustand	145	26	72	44**	41	23	158	31*	204	22	154	30**
Starke/sehr starke Behinderung im Alltag	167	30	72	44**	41	23	183	36**	167	18	170	33**
Krankheitstage (12 Monate)												
keine	262	47	55	34	84	47	224	44	556	60	211	41
1–7	78	14	10	6	22	12	61	12	93	10	62	12
8–14	73	13	23	14	25	14	66	13	102	11	77	15
> 14	145	26	76	47	48	27	158	31	176	19	164	32
	**				n.s.				**			

* : $p < 0,05$.
 ** : $p < 0,002$.
 n.s. : nicht signifikant.

Tabelle 2. Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand (Kurteilnehmer und Kontrollen).

	Vergleich I		Vergleich II		Vergleich III		Vergleich III		Kontrollen		Kurteilnehmer insgesamt	
	Ambulante Kur		Stationäre Kur		Vorsorgekur		Reha-Kur		Kontrollen		Kurteilnehmer insgesamt	
	(55 bis 75 Jahre)		(n = 163)		(55 bis 75 Jahre)		(n = 509)		(55 bis 69 Jahre)		(n = 514)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Rauchen	61	11	13	8 n.s.	18	10	56	11 n.s.	185	20	57	11**
Übergewicht	253	43	65	40 n.s.	73	41	224	44 n.s.	407	44	231	45 n.s.
Bewegungsmangel	123	22	44	27 n.s.	32	18	127	25 n.s.	204	22	123	24 n.s.
Stress	123	22	34	21 n.s.	50	28	97	19*	222	24	123	24 n.s.
Alkohol	28	5	5	3 n.s.	5	3	26	5 n.s.	65	7	26	5 n.s.

* : $p < 0,02$.
 ** : $p < 0,0001$.
 n.s. : nicht signifikant.

Tabelle 3. Risikofaktoren (Kurteilnehmer und Kontrollen).

	Vergleich I		Vergleich II		Vergleich III	
	Ambulante Kur	Stationäre Kur	Vorsorgekur	Reha-Kur	Kontrollen	Kurteilnehmer insgesamt
	(55 bis 75 Jahre) (n = 558)	(n = 163)	(55 bis 75 Jahre) (n = 179)	(n = 509)	(55 bis 69 Jahre) (n = 926)	(n = 514)
Allgemeinbeschwerden	3,5	3,9**	3,5	3,6 n.s.	2,6	3,6**
Symptome						
Herz-Kreislauf	2,2	3,0**	2,2	2,4 n.s.	1,9	2,3**
Atemwege	1,7	1,7 n.s.	1,6	1,7 n.s.	1,3	1,7**
Rheuma	5,3	5,5 n.s.	5,2	5,4 n.s.	3,5	5,3**
Cereb. Insuffizienz	4,2	4,8*	4,8	4,2*	3,8	4,3**
Behinderung im Alltagsleben	1,1	1,4**	1,0	1,3**	0,8	1,2**
Körperliche Aktivität	2,5	3,3**	2,4	2,7*	1,8	2,5**
Haushaltsaktivität	1,1	1,9**	1,1	1,4*	0,7	1,3**
Selbstversorgung	0,7	1,0**	0,6	0,8*	0,5	0,7**
Vitale Erschöpfung	2,6	3,4**	2,6	2,8 n.s.	2,2	2,9**
Berufliche Erschöpfung	3,1	3,7**	3,2	3,3 n.s.	2,7	3,4**
Familiäre Sorgen	2,4	3,0**	2,4	2,5 n.s.	1,9	2,6**

* : $p < 0,05$.
 ** : $p < 0,01$.
 n.s. : nicht signifikant.

Tabelle 4. Mittelwertvergleiche für signifikante IRES-Skalen (Kurteilnehmer und Kontrollen).

kuren häufiger unter Stress ($p < 0,02$). Im Vergleich zu den Kontrollen der Normstichproben gaben die Kurteilnehmer an, seltener zu rauchen ($p < 0,001$).

Tabelle 4 enthält die Mittelwerte für signifikante IRES-Skalen im Gruppenvergleich. Höhere Mittelwerte zeigen stärkere Beeinträchtigungen/Behinderungen an. Die Mittelwerte der Skalen „Allgemeinbeschwerden“, „Herz-Kreislauf-Symptome“, „Cerebrale Insuffizienz-Symptome“, „Behinderung im Alltagsleben“, „Körperliche Aktivität, Haushaltsaktivität“, „Selbstversorgung“ (ADL), „Vitale Erschöpfung“, „Berufliche Erschöpfung“ und „Familiäre Sorgen“ sind bei Fällen mit stationären Kuren auffällig höher als bei Fällen mit ambulanten Kuren

($p < 0,01$; für „Cerebrale Insuffizienz-Symptome“ nur $p < 0,05$). Bei Fällen mit Rehabilitationskuren im Vergleich zu Fällen mit Vorsorgekuren waren nur die Mittelwerte der Skalen „Cerebrale Insuffizienz-Symptome“ ($p < 0,05$), „Behinderung im Alltagsleben“ ($p < 0,01$), „Körperliche Aktivität“ ($p < 0,05$), „Haushaltsaktivität“ ($p < 0,05$) und „Selbstversorgung“ ($p < 0,05$) erhöht. Gemessen an den Kontrollen der Normstichprobe bestanden demgegenüber für die Kurteilnehmer bei allen in Tabelle 4 angeführten Skalen (einschl. der Skalen „Atemwege-Symptome“ und „Rheuma-Symptome“) erhöhte Mittelwerte ($p < 0,01$), d.h. die Kurteilnehmer fühlten sich erheblich stärker gesundheitlich beeinträchtigt/behindert als Per-

sonen einer Bevölkerungsstichprobe. Die Abbildung 3 stellt beispielhaft die Skalenwerte für „Vitale Erschöpfung“ für Vergleich III (Kurteilnehmer vs. Kontrollen) graphisch dar.

Diskussion

Ein nachträglicher Vergleich mit der bundesweiten Statistik der BEK für die Monate Januar bis September 1993 (ohne Altersgrenzen, aber unter Ausschluss von Anschlussheilbehandlungen und Müttergenesungskuren) bestätigte zunächst, dass die untergeordnete Bedeutung von Vorsorgekuren, insbesondere von stationären Vorsorgekuren, keine Besonderheit der Studie war. Der Anteil der

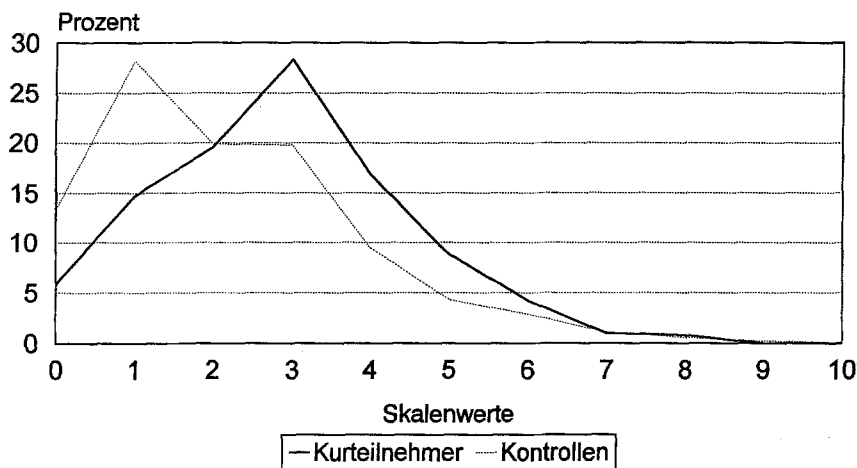


Abbildung 3. Skala „Vitale Erschöpfung“ (Vergleich III).

ambulanten Vorsorgekuren an den ambulanten Kuren und der Anteil der stationären Vorsorgekuren an den stationären Kuren betragen in der BEK-Statistik 25% bzw. 10% (in der Studie 29% bzw. 13%; Basis jeweils nur ambulante und stationäre Kuren mit eindeutigen Angaben; vgl. Abb. 1). Vorbehalte bezüglich der Repräsentativität der Ergebnisse für die 55–75jährigen Kurteilnehmer in der BEK sind jedoch erforderlich, weil wegen der Verweigerung der Einwilligungserklärung nur die Hälfte der Ausgangsstichprobe der Versicherten mit bewilligten Kuren in die Erhebungen einbezogen werden konnte. Sieht man hiervon ab, dann ergaben sich folgende Antworten auf die Fragestellungen der Studie „Gesundheitliche Beeinträchtigungen/Behinderungen der Kurteilnehmer“:

Kurdiagnosen nach Kurarten aus der Sicht der Hausärzte. Bei den Kurdiagnosen standen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund und damit chronische Gesundheitsprobleme, die zu den zentralen Zielkrankheiten präventiver und rehabilitativer Massnahmen bei älteren Menschen zählen⁸.

Auf die Zuweisung zu den verschiedenen Kurarten hatten die Kurdiagnosen mit Ausnahme der Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes keinen Einfluss.

Gesundheitszustand der Kurteilnehmer (nach Kurarten und im Vergleich zur Normstichprobe) aus der Sicht der Betroffenen. Die Eigenangaben der Kurteilnehmer wurden erst nach den Bewilligungsentscheidungen der BEK erhoben und waren für diese deshalb nicht massgeblich. Sie bestätigten dennoch im Unterschied zu den Kurdiagnosen, dass die Bewilligungsentscheidungen bezüglich ambulanter und stationärer Kuren angemessen waren, denn die Teilnehmer an stationären Kuren fühlten sich gesundheitlich stärker beeinträchtigt/behindert als die Teilnehmer an ambulanten Kuren. Zwischen den Teilnehmern an Vorsorge- und Rehabilitationskuren bestanden demgegenüber nur vergleichsweise geringfügige Unterschiede.

Auswahl der Kurteilnehmer und Zuweisung zu den Kurarten gemäss „Begutachtungsanleitung Kuren“. Die Studienergebnisse sprechen für ein weitgehend bedarfsge-

rechtes Muster bei der Bewilligung von Kuren. Gegenüber Kontrollen einer Bevölkerungsstichprobe waren die Kurteilnehmer erheblich stärker gesundheitlich beeinträchtigt/behindert. Dies dürfte auch die verbreitete Kritik, dass Kurteilnehmern eigentlich nichts fehle, entkräften⁹. Die Zuweisung zu ambulanten und stationären Kuren scheint ebenfalls einem weitgehend indikationsgerechten Muster zu folgen. Ein spezifisches Muster bei der Zuweisung zu Vorsorge- und Rehabilitationskuren liessen die Studienergebnisse demgegenüber nicht erkennen. Dies dürfte zum einen damit zusammenhängen, dass der Vergleich Vorsorge versus Rehabilitationskur verzerrt war, weil es sich bei den Vorsorgekuren fast ausschliesslich um ambulante Kuren handelte. Zum anderen dürfte der Grund aber auch in der mangelhaften Umsetzung der „Begutachtungsanleitung Kuren“ zu suchen sein. Das Formblatt der BEK – wie anderer Krankenkassen – sieht bislang nicht vor, dass der Hausarzt gezielt zu den Indikationen für Vorsorgekuren (Risikofaktoren, Regulationsstörungen und psychosoziale Belastungen) Stellung nimmt. Ferner scheinen auch die Bewilligungsentscheidungen der Kassen die „Philosophie“ der Vorsorgekur unzureichend zu berücksichtigen. Nach den Eigenangaben der Kurteilnehmer müssten eigentlich mehr Antragsteller die Indikationen für ambulante und stationäre Vorsorgekuren erfüllen. Gerade bei älteren Menschen machen Vorsorgekuren einen Sinn. Dies stützen auch erste kontrollierte Studien in den USA, die den Nutzen von Programmen, die noch relativ gesunden älteren Menschen helfen, das Rauchen aufzugeben, den Alkoholkonsum zu reduzieren, auf unnötige Medikamente zu verzichten, sich körperlich zu bewegen usw., belegen¹⁰.

Summary**Health status of participants in treatments at spa facilities**

German compulsory health insurance grants outpatient and inpatient prevention and rehabilitation treatments at spa facilities to avoid early retirement and long term care. A survey including participants between the age of 55 and 75 ($n = 721$) was conducted to determine the extent to which the current granting of spa treatment complies with regulations („Begutachtungsanleitung Kuren“). The analysis was based on the data provided in the treatment application form by the general practitioners and on the answers of participants to a questionnaire on health-related quality of life (IRES). It compared a) cases granted outpatient/inpatient treatment at spa facilities, b) cases granted prevention/rehabilitation treatments at spa facilities and c) participants in spa treatments and controls from the IRES standard sample. For musculoskeletal diseases and diseases of the connective tissue, outpatient treatment was more often granted than inpatient treatment. There were no differences in the diagnoses of participants in prevention and rehabilitation treatments. Patients complaining about severe impairments/disabilities were granted inpatient rather than outpatient treatment. There were only minor differences between cases granted prevention and rehabilitation treatments respectively. The participants in spa treatment felt more impaired/disabled than controls of the standard sample. Overall, the selection of participants in spa treatment and the referral to outpatient and inpatient treatments for the most part follows a needs-based pattern; however, improved differentiation is required between outpatient and inpatient prevention and rehabilitation treatments.

Résumé

Etat de santé des patients en cure

L'assurance maladie allemande accorde des cures de prévention et de réadaptation ambulatoire ou en milieu hospitalier pour éviter la retraite anticipée et l'invalidité. Une enquête des curistes âgés de 55 à 75 ans (n = 721) déterminait dans quelle mesure la pratique actuelle d'accordement des cures correspond aux prescriptions définies dans le «Begutachtungsanleitung Kuren». L'analyse était basée sur les indications fournies par les médecins traitants dans les demandes de cure et sur les réponses apportées par les patients eux-mêmes dans un questionnaire écrit sur leur qualité de vie (IRES). L'analyse mettait face à face a) des cas de cures ambulatoires et en milieu hospitalier, b) des cas de cures de prévention et de réadaptation, ainsi que c) des curistes et des contrôles effectués par l'IRES à partir d'un échantillonnage. Suite à un diagnostic d'affectation du squelette, des muscles ou du tissu conjonctif, les cures accordées se font plutôt ambulatoires qu'en milieu hospitalier. Aucune différence de diagnostic n'est notée concernant les participants à des cures de prévention et de réadaptation. Selon les dires des patients, c'est plutôt une cure en milieu hospitalier qu'ambulatoire qui est accordée en cas des troubles ou incapacités importantes. On ne note que de minimes différences entre les cures de prévention et de réadaptation. Les curistes se plaignent de troubles/d'incapacités nettement plus importants que ne le montrent les contrôles effectués à partir de l'échantillonnage. Dans l'ensemble, la sélection et la répartition des patients entre les cures ambulatoires et en milieu hospitalier se font dans une large mesure correctement; cependant, une meilleure distinction entre les cures de prévention et de réadaptation, ambulatoire ou en milieu hospitalier, serait nécessaire.

Literaturverzeichnis

- 1 Spitzenverbände der Krankenkassen, ed. Begutachtungsanleitung Kuren. Essen: März 1993.
- 2 Deutscher Bäderverband (DBV), ed. Jahresbericht 1993. Bonn: DBV, 1994.
- 3 Biefang S, Potthoff P, Urban D. Gesundheitliche Beeinträchtigungen/Behinderungen von Kurteilnehmern: Abschliessende Ergebnisse einer Studie im Auftrag des Deutschen Bäderverbandes. Heilbad und Kurort 1994; 46:286–292.
- 4 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), ed. Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1991. Bonn: Stollfuss, 1992.
- 5 Gerdes N, Jäckel W. „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“: Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. Die Rehabilitation 1992; 31:73–79.
- 6 Guyatt GH, Jaeschke R. Measurements in clinical trials: Choosing the appropriate approach. In: Spilker B, ed. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Raven press, 1990: 37–46.
- 7 Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: Allocating resources to health care. New York: Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 8 Wallace RB, Woolson R, eds. The epidemiologic study of the elderly. New York: Oxford University Press, 1992.
- 9 Piechowiak H. Kurwesen – Kurwesen. Versicherungsmedizin 1990; 42:25–28.
- 10 Omenn GS. Prevention and the elderly: Appropriate policies. Health Affairs 1990; 9:80–83.

Danksagung

Die Studie wurde vom Deutschen Bäderverband e.V. gefördert. Die Autoren danken den Mitarbeitern der Barmer Ersatzkrankenkasse für die Unterstützung bei den Erhebungen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Sibylle Biefang
Höslstr. 28
D-81927 München