



Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie

Leitlinien zur
Leitlinien zur
Qualitätssicherung in der Rheumatologie
Qualitätssicherung in der Rheumatologie

F. Singer,
B. Leeb,
K. Machold,
A. Ulreich,
E. Wagner


Approbiert vom Vorstand der ÖGR am 22. November 2002




Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie

Leitlinien zur Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Rheumatologie

(F. Singer, B. Leeb, K. Machold, A. Ulreich, E. Wagner)

 **Zielsetzung:** Festlegung von Richtlinien und Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Rheumatologie nach den Anforderungen an die Struktur, den Prozessablauf und die Ergebnisevaluation.

 **Inhalt:** Die Anforderungen an die einzelnen Bereiche leiten sich auf Basis geltender gesetzlicher Vorgaben, persönlicher Erfahrungen, Evidence-based-Ergebnissen und Konsensuskonferenzen (EULAR, UEMS) ab.

Die jeweiligen Angaben sollen als Grundlage gelten.

Approbiert vom Vorstand der ÖGR am 22. November 2002

Diese Broschüre wurde mit freundlicher Unterstützung der Fa.Boehringer Ingelheim Austria GmbH hergestellt

Inhaltsverzeichnis

Voraussetzungen für die Strukturqualität in der Rheumatologie

A) Ordinationstätigkeit als niedergelassener Facharzt mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“ (extramural)	1
B) Spitals-Bereich – Rheumatologische Abteilung eventuell mit Ausbildungsstelle für die „ergänzende spezielle Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ (intramural)	2
C) Definition der Ausbildungsstätten für die Spezialabteilung „Rheumatologie“ sowie für die Ausbildungsstätte zur „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“	5
D) Allgemeiner Hinweis für die Beurteilung einer Ausbildungsstätte	7
E) Rasterzeugnisse sowie Lehr- und Lernzielkataloge der einzelnen Fachrichtungen in der jeweils geltenden Fassung sind integrierender Bestandteil des Ausbildungscurriculums	8

Voraussetzungen für die Prozessqualität in der Rheumatologie

Diagnosefindung	9
Patientenschulung	11
Angehörigenschulung	12
Physikalische Therapie	12
Ergotherapie	17
Psychologische Betreuung	18
Ernährungsberatung bei rheumatischen Erkrankungen	19
Medikamentöse Therapie	20
Soziale Hilfen	23
Rehabilitation	24

Voraussetzungen für die Ergebnisqualität in der Rheumatologie

Schmerzmessungsinstrumente	26
Messungen bei Arthrosen	27
Rückenschmerzevaluation	28
Evaluation der Spondylarthropathien	28
Evaluation der chronischen Polyarthritiden	28
Krankheitsübergreifende Gesundheitsscores	30
Impairment	31
Activity (disability)	32
Participation (handicap)	32
Contextual factors	34

Literaturübersicht der zitierten Instrumentarien für die Prozess- und Ergebnisqualität

Literaturzitate	35
-----------------------	----

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE STRUKTURQUALITÄT IN DER RHEUMATOLOGIE

A. Ordinationstätigkeit als niedergelassener Facharzt mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“ (extramural)

- 1) Qualifikation gemäss den gesetzlichen Bestimmungen für die Erlangung der speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie (BGBL. Nr.: 152 – 1994, Ärzteausbildungsverordnung 48. Stück, 04. März 1994, Anlage 14, 29 und 33) sowie Erfüllungen der Voraussetzungen, wie im jeweiligen Rasterzeugnis ausgeführt.

Die spezielle Ausbildung „Rheumatologie“ kann erworben werden vom

Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Facharzt für Physikalische Medizin

- 2) Diagnostik (für Erstdiagnostik – Verlaufs-/und Kontrollbewertung)
Sie setzt fundierte Kenntnisse in Anamnese, klinischer Untersuchung und Differentialdiagnose rheumatischer (entzündl., degen., weichteilrheum.) und verwandter Krankheitsbilder mit rheumatischen Beschwerden voraus (genetische Bindegewebsanomalien, endokrine Arthropathien, Neoplasien, Knochenerkrankungen, etc.)
 - a. Kooperation mit einem Labor, in welchem die Routinelabordiagnostik sowie notwendige rheumaserologische Untersuchungen durchgeführt werden können (Basis der Rheumadiagnostik, erweiterte Immunologie, Bakteriologie – Abstrichdiagnostik, Pathohistologie).
Die Interpretation dieser erhobenen Laborbefunde obliegt dem Facharzt mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“.
 - b. Kooperation mit einem u.a. rheumatologisch orientierten radiodiagnostischen Zentrum (Geräteausrüstung, Aufnahmetechnik, Interpretation).
 - c. Weitere Voraussetzungen für den niedergelassenen „Rheumatologen“ (Ordination):
 - Dokumentationshilfen (Gelenkmännchen, Fragebogen für unterschiedliche Bereiche von Impairment, Activity, Participation evtl. Verwendung entsprechender EDV-Software (51).
 - Polarisationsmikroskop zur Beurteilung der Gelenkflüssigkeit.
 - Möglichkeit zur Arthrosonographie (eventuell in Kooperation mit einem „bildgebenden Zentrum“).
 - d. Interdisziplinäre Kooperationsmöglichkeiten müssen vorhanden sein wie:
Orthopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Neurologie, Neurochirurgie, Ophthalmologie, Dermatologie, Psychiatrie, Psychologie, Sozialdienst.
- 3) Profilierung als Rheumatologe, um auch die notwendige Frequenz an Zuweisungen hinsichtlich der Sammlung von klinischer Erfahrung zu bekommen.

Zur Effektivität der ambulanten rheumatologischen Versorgung, bezogen auf die Bevölkerungsdichte sind erforderlich (geschätzte Richtwerte und zu Grunde gelegt ist eine fiktive homogene Verteilung auf das Bundesgebiet):

- a. Eine entsprechende Anzahl von Fachärzten mit der speziellen Ausbildung „Rheumatologie“ (z.B. 1:50.000)
- b. Eine entsprechende Anzahl von kompetenten medizinischen Berufen:
Physiotherapeuten (z.B. 1:2000)
Ergotherapeuten (z.B. 1:5000 bis 1:8000)
Psychologen (z.B. 1:10.000)
Sozialarbeiter (z.B. 1:20.000)
und andere wie Reha-Berater (sorgt für Koordination beruflicher Umschulungsmaßnahmen), Sozialdienste (mobile Schwester, Essen auf Rädern)
- c. Einbeziehung in den kassenärztlichen Leistungskatalog der Krankenkasse von: rheumatologischer Diagnoseerhebung (Anamnese und Status, Diagnostik) und Therapieleistungen
- d. Möglichkeiten zur strukturierten Patientenschulung
- e. Kooperationsausbau zwischen Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin) und Facharzt mit „ergänzender spezieller Ausbildung Rheumatologie“ (Festlegung von Überweisungskriterien, Kontrollkriterien ist notwendig)
- f. Kontinuität der Betreuung muss gewährleistet sein auch während Urlaubszeit und Krankenstand

- 4) Weiters ist wesentlich: Notwendigkeit für regelmässige Nachschulungen, welche zu kontrollieren sind durch:

Audit, Qualitätszirkel (damit sind im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung Reflexionen über Qualitätssicherungsmaßnahmen gemeint, die von den Betreibern der Qualitätssicherungsmaßnahmen selbst (Selbstaudit) oder durch Beziehung von Kollegen (kollegiales Audit) oder durch Beziehung spezialisierter Firmen abgehalten werden. Unter Qualitätszirkel sind moderierte und protokollierte Kleingruppen zu verstehen, deren Teilnehmer als Experten für ihre berufliche Tätigkeit gelten und die an Qualitätssicherungsmaßnahmen arbeiten. Externe Experten können unterstützend beigezogen werden).

Weiters sollte gegeben sein: Vernetzung entsprechender Einrichtungen mit Zuweisungsfunktion (darunter versteht man die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, dem Rheumatologen, dem Radiologen, dem Orthopäden, Physiotherapie, Ergotherapie etc.). Die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin sind zu berücksichtigen. Notwendig sind z.B.: Ausbildungscurriculum über „Joint-assessment“, normierte Untersuchungstechnik (Ausbildungsnachweis).

- 5) Aktualisierung des Registers der Fachärzte mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“ (Name, Tätigkeitsort, Fachrichtung)

B. Spitals-Bereich – Rheumatologische Abteilung eventuell mit Ausbildungsstelle für die „ergänzende spezielle Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ (intramural)

1. Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen, um als Fachabteilung für Rheumatologie (siehe Abschnitt C) bzw. als Ausbildungsstelle für Rheumatologie anerkannt zu werden (Ärztegesetz – BGBL. 1994 – 152 § 30, Ärztegesetz 1998, BGBL. I 1998/169 § 11).
Als Grundvoraussetzung für eine rheumatologische Ausbildungsstelle gilt, dass zwei Fachärzte mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ vor Ort sein müssen.

2. Räumliche Voraussetzungen für den administrativen Ablauf, Untersuchungs- und Behandlungsbereich müssen vorhanden sein.
3. Labortechnische Einrichtung und personelle Ausbildung:
Basis-Rheumadiagnostik
Möglichkeit zur weiterführenden labormässigen differentialdiagnostischen Abklärung (spezielle Immunologie, Bakteriologie, Abstrichdiagnostik, Pathohistologie). Diese können auch mittels kooperierendem Labor durchgeführt werden.

Möglichkeit zur mikroskopischen Analyse des Gelenkpunktates.
4. Radiologische Einheit mit geschultem Personal für Gelenkaufnahmetechnik und entsprechender Erfahrung bei der Interpretation der Röntgenbilder. Desweiteren im Bedarfsfall Kooperation mit weiterführenden bildgebenden Diagnostiksystemen: CT, MRT, Szintigraphie, etc.
5. Sonographische Ausrüstung zur Durchführung der Arthrosonographie inkl. Bewertung.
6. Grundlagen für eine ausreichende Dokumentationsmöglichkeit hinsichtlich der Bereiche
 Impairment
 Activity
 Participation

Möglichkeit zur Verlaufsdokumentation anhand validierter Bewertungs-Instrumentarien (Therapieverlaufskontrolle)
(umfassen daher die Diagnose, die Therapie und den Therapieverlauf).
7. Kooperation mit einer Fachabteilung für Innere Medizin – Rheumatologie bzw. mit einer Fachabteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie spezialisiert auf dem Gebiet der Rheumachirurgie bzw. mit einer Fachabteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation und den angeschlossenen medizinischen Berufen wie Physiotherapie, Ergotherapie.
8. Kooperation mit dem Fachbereich Psychologie – Psychosomatik.
9. Kooperation mit dem Fachbereich:
 Soziale Dienste, Hilfsmittelversorgung
10. Fakultative Möglichkeiten *(eventuell in Kooperation mit der entsprechenden Fachabteilung)*:
 Gastroskopie
 Abdominelle Sonographie
 Echocardiographie
 Diagnostische Arthrooskopie
 Pathologie – Bakteriologie
 Sozialmedizinische Begutachtung (Leistungskapazität, Pflegebedürftigkeit, Hilfsmittelverordnung)
 Neurologie/Neurochirurgie
11. Einrichtungen und Voraussetzungen mit entsprechendem Lehrmaterial zur strukturierten Patientenschulung.

12. Regelmässige Fortbildung, Fachliteratur, Qualitätszirkel, Kenntnisse der Ergebnisse der Evidence Based Medicine.

Fortbildungsverpflichtung für das Ärzteteam mit definierter Zuständigkeit einer Person für die rheumatologische Ausbildung (Trainer → zu Trainierender) mit dualer Qualitätssicherung: Lehrer bewertet zu Lehrenden, Lernender bewertet Lehrer.

13. Personalschlüssel

a. für die initiale stationäre Betreuung

- Für Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen und Weichteilrheumatismus:

Arzt (Rheumatologe) : Patient	= 1 : 10
Dipl. Physiotherapeut : Patient	= 1 : 15
Dipl. Ergotherapeut : Patient	= 1 : 15
Dipl. Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal : Patient	= 1 : 3 bis 1 : 10
Dipl. DA und EMB : Patient	= 1 : 100 bis 1:130

Dipl. medizinisch technische Kräfte (MTF, MTA, RTA): nach Notwendigkeit konsiliarisches Zusammenwirken in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädietechniker, Bandagisten, Diplomierter Psychologe (Psychotherapeut).

- Für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen:

Arzt (Rheumatologe): Patient	= 1 : 7 bis 1 : 10
Dipl. Physiotherapeut : Patient	= 1 : 15
Dipl. Ergotherapeut : Patient	= 1 : 15
Dipl. Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal : Patient	= 1 : 3 bis 1 : 8
Dipl. DA und EMB : Patient	= 1 : 100 bis 1 : 130

Dipl. medizinisch technische Kräfte (MTF, MTA, RTA): nach Notwendigkeit Konsiliarisches Zusammenwirken in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädietechniker, Bandagist, diplomierter Psychologe (Psychotherapeut)

b. Für die stationäre Rehabilitation

- Für Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen und weichteilrheumatischen Erkrankungen:

Arzt (Rheumatologe) : Patient	= 1 : 28
Dipl. Physiotherapeut : Patient	
bei Gruppentherapie	= 1 : 32
bei Einzeltherapie	= 1 : 15
Dipl. Ergotherapeut : Patient	= 1 : 50
Dipl. Krankenpflegepersonal : Patient	= 1 : 15
Heilbademeister, -masseur : Patient	= 1 : 30
Dipl. DA und EMB : Patient	= 1 : 130

Dipl. medizin. techn. Kräfte (MTF, MTA, RTA) : nach Notwendigkeit konsiliarisches Zusammenwirken der Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädietechniker, Bandagist, Psychologie, Umschulungsinstitutionen, Sozialarbeiter.

- Für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen

Arzt (Rheumatologe) : Patient = 1 : 28

Dipl. Physiotherapeut : Patient = 1 : 15

Dipl. Ergotherapeut : Patient = 1 : 15

Dipl. Krankenpflegepersonal : Patient = 1 : 10

Heilbademeister, -masseur : Patient = 1 : 35

Dipl. DA und EMB : Patient = 1 : 130

Dipl. medizin. techn. Kräfte (MTF, MTA, RTA) : nach Notwendigkeit konsiliarisches Zusammenwirken der Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädietechniker, Bandagist, Psychologie, Umschulungsinstitutionen, Sozialarbeiter.

- c. Für die ambulante Rehabilitation

- * Für Patienten mit degenerativen und entzündlichen Gelenkerkrankungen sowie weichteilrheumatischen Erkrankungen

Arzt (Rheumatologe): Patient = 1 : 28

Dipl. Physiotherapeut : Patient

bei Gruppentherapie = 1 : 32

bei Einzeltherapie = 1 : 15

Dipl. Ergotherapeut : Patient = 1 : 50

Heilbademeister, -masseur : Patient = 1 : 30

Diplomiertes Krankenpflegepersonal, DA und EMB, Dipl. medizin. techn. Kräfte (MTF, MTA, RTA) : nach Notwendigkeit konsiliarisches Zusammenwirken der Fachdisziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädietechniker, Bandagist, Psychologie, Umschulungsinstitutionen, Sozialarbeiter

C. Definition der Ausbildungsstätten für die Spezialabteilung „Rheumatologie“ sowie für die Ausbildungsstätte zur „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“:

(Die Ausbildungsstätte für die ergänzende spezielle Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie des jeweiligen Sonderfaches bedarf vorab einer krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung, wie auch weitere im Gesetz festgeschriebene Erfordernisse: § 11, Abs. 2 des Ärztegesetzes 1998).

1. Für den Bereich Innere Medizin *(festgelegt durch einen Arbeitskreis der ÖGR 1995):*

- Mindestbettenanzahl: 15 Betten für eine Ausbildungsstätte und Tätigkeit in einem Fach-Ambulanzbetrieb oder stationäre Abteilung mit mindestens 30 Betten pro Ausbildungsstelle.

Ausbildung durch 2 Fachärzte mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ des Sonderfaches Innere Medizin. Die Zahl der Ausbildungsstellen mit Blickrichtung „Ausbildungserfolg“ wird im Zuge des behördlichen Genehmigungsverfahrens für diese Ausbildungsstätte festgelegt. Siehe Ärztegesetz § 11, Abs. 3, 1998 (für Universitätskliniken gilt eine Sonderregelung).

- Ausreichendes Krankengut aus allen Teilen der Rheumatologie
- Bei einer Kernarbeitszeit von 35 Stunden und regelmässigen Nacht- und Wochenenddiensten muss eine Mindestausbildungszeit von 36 Monaten absolviert werden. Der Lehr- und Lernzielkatalog muss in dieser Zeit absolviert werden (*in der Ärzteausbildungsordnung festgeschrieben*).

Davon sind im Fach Innere Medizin – Rheumatologie: 27 Monate zu absolvieren. Die restlichen Monate entfallen auf

3 Monate Radiodiagnostik

3 Monate Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung

3 Monate Physikalische Medizin an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung.

(Details dazu siehe BGBL.Nr. 152/1994, Ärzteausbildungsordnung, 48. Stück, Anlage 14).

- Begleitende theoretische und praktische Unterweisung und regelmässige klinische Konferenzen, laufende Kontrolle des Ausbildungsstandes (mindestens halbjährlich) mit Besprechung des Ausbildungsstandes und Planung der weiteren Ausbildungsziele. Vorhandensein des erforderlichen Lehrmaterials und aktueller Literatur (mehrere relevante Fachjournale), Sicherstellung der Teilnahme an Fortbildungs- und Fachveranstaltungen.

2. Für den Bereich Orthopädie und Orthopädische Chirurgie:

- Die ausbildende Abteilung muss im Verband einer Universitätsklinik oder eines Schwerpunktkrankenhauses sein.

- Bettenanzahl: 50 – 60, der Anteil der cP-Patienten: 10 – 15 %

Ausbildung durch 2 Fachärzte mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ des Sonderfaches Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Die Zahl der Ausbildungsstellen mit Blickrichtung „Ausbildungserfolg“ wird im Zuge des behördlichen Genehmigungsverfahrens für diese Ausbildungsstätte festgelegt. Siehe Ärztegesetz § 11, Abs. 3, 1998 (für Universitätskliniken gilt eine Sonderregelung).

- Vorhandensein einer Rheumaambulanz in Verbindung zu Labor, Röntgen, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Ergotherapie.

- Bei einer Kernarbeitszeit von 35 Stunden und regelmässigen Nacht- und Wochenenddiensten muss eine Mindestausbildungszeit von 36 Monaten absolviert werden. Der Lehr- und Lernzielkatalog muss in dieser Zeit absolviert werden.

Davon sind im Fach Orthopädie und Orthopädische Chirurgie 27 Monate zu absolvieren, die restlichen 9 Monate entfallen auf:

3 Monate Radiodiagnostik

3 Monate Innere Medizin an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung

(Detail siehe BGBL.Nr. 152/1994, Ärzteausbildungsordnung, 48. Stück, Anlage 29)

3 Monate Physikalische Medizin an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung

Begleitende theoretische und praktische Unterweisung und regelmässige klinische Konferenzen, laufende Kontrolle des Ausbildungsstandes (mindestens halbjährlich) mit Besprechung des Ausbildungsstandes und Planung der weiteren Ausbildungsziele. Vorhandensein des erforderlichen Lehrmaterials und aktueller Literatur (mehrere relevante Fachjournale), Sicherstellung der Teilnahme an Fortbildungs- und Fachveranstaltungen.

3. Für den Bereich physikalische Medizin:

- Mindestbettenanzahl und Ambulanzbetrieb: 50 klinische und 100 ambulante Patienten pro Jahr, alternativ 1500 ambulante Patienten pro Jahr.
- Ausbildung durch 2 Fachärzte mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie“ des Sonderfaches Physikalische Medizin.. Die Zahl der Ausbildungsstellen mit Blickrichtung „Ausbildungserfolg“ wird im Zuge des behördlichen Genehmigungsverfahrens für diese Ausbildungsstätte festgelegt. Siehe Ärztegesetz § 11, Abs. 3, 1998 (für Universitätskliniken gilt eine Sonderregelung).
- Ausbilder, Lehre, Standardfortbildungsveranstaltungen und Lehrmaterial:
Der Auszubildende muss sowohl theoretisch als auch praktisch laufend unterwiesen werden, approbierte fachspezifische Standardfortbildungen verpflichtend mit jährlichem Umfang von 20 Stunden, Bücher, Zeitschriften in ausreichendem Umfang müssen vorhanden sein.
- Bei einer Kernarbeitszeit von 35 Stunden und regelmässigen Nacht- und Wochenenddiensten muss eine Mindestausbildungszeit von 36 Monaten absolviert werden. Der Lehr- und Lernzielkatalog muss in dieser Zeit absolviert werden. Davon sind im Fach Physikalische Medizin 27 Monate zu absolvieren. Die restlichen 9 Monate entfallen auf:
3 Monate Radiodiagnostik
3 Monate Innere Medizin an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung
3 Monate Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an einer für die Zusatzausbildung Rheumatologie berechtigten Abteilung.
(Detail siehe BGBL.Nr: 152/1994, Ärzteausbildungsordnung, 48. Stück, Anlage 33)
- Begleitende theoretische und praktische Unterweisung und regelmässige klinische Konferenzen, laufende Kontrolle des Ausbildungsstandes (mindestens halbjährlich) mit Besprechung des Ausbildungsstandes und Planung der weiteren Ausbildungsziele. Vorhandensein des erforderlichen Lehrmaterials und aktueller Literatur (mehrere relevante Fachjournale), Sicherstellung der Teilnahme an Fortbildungs- und Fachveranstaltungen.

D. Allgemeiner Hinweis für die Beurteilung einer Ausbildungsstätte

Für die Beurteilung, ob eine Abteilung als Ausbildungsstätte für die „ergänzende spezielle Ausbildung Rheumatologie“ in Frage kommt, muss die Beantwortung nachfolgender Fragen als unerlässlich angesehen werden. Diese Fragen orientieren sich an der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS) und gründen sich auf die vorab dargestellten Anforderungen einer Ausbildungsstätte.

- Wie viele Ärzte neben dem ärztlichen Leiter sind Fachärzte der Fachrichtung Innere Medizin bzw. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bzw. Physikalische Medizin mit Anerkennung der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“? Dabei ist auch zu beachten, daß das zu behandelnde Krankengut der Fachbereiche Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Physikalische Medizin unterschiedlich ist, wenngleich Gemeinsamkeiten der Diagnostik und Therapie zu beachten sind. Dies erfordert eine Analyse der differentiellen Zuweisungen.

- Zahl der stationären Aufnahmen pro Jahr, aufgeteilt nach rheumatologischen Krankheitsbildern?
- Werden an der Abteilung rheumaserologische Basisuntersuchungen durchgeführt oder werden diese Untersuchungen an ein auswärtiges Labor vergeben?
- Bei Durchführung in einem auswärtigen Labor: weist ein ausbildender Arzt neben dem ärztlichen Leiter Kenntnisse in klinischer Immunologie zur Interpretation der Befunde auf?
- Welche Untersuchungen werden im Haus bei der Synovialanalyse durchgeführt?
- Welche rheumatologischen Zeitschriften sind in der Abteilung vorhanden?
- Liste der Publikationen aus der Abteilung aus den letzten 5 Jahren.

E. **Rasterzeugnisse sowie Lehr- und Lernzielkataloge der einzelnen Fachrichtungen in der jeweils geltenden Fassung sind integrierender Bestandteil des Ausbildungscurriculums** *(die Rasterzeugnisse entsprechen dem Lehr- und Lernzielkatalog, sind über die österreichische Staatsdruckerei erhältlich und sind zu verwenden).*



VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE PROZESSQUALITÄT IN DER RHEUMATOLOGIE

DIAGNOSEFINDUNG

Im Vorfeld zur Diagnosefindung chronisch rheumatischer Erkrankungen steht die Information der Bevölkerung über rheumatische Symptome, insbesondere entzündliche Symptome, und deren Behandelbarkeit. Das kann durch Informationstage (z.B. Rheumatage, Gesundheitstage der Sozialversicherungsträger), Versand von Informationsbroschüren (durch die Versicherer) oder über die Medien geschehen. Dies soll den rascheren Kontakt mit dem erstbehandelnden Arzt (in der Regel ist es der Arzt für Allgemeinmedizin) gewährleisten. Dieser hat die Therapieentscheidung, selbst zu behandeln oder die Überweisung an den entsprechenden Fachkollegen im niedergelassenen oder stationären Bereich (Facharzt mit „ergänzender spezieller Ausbildung Rheumatologie“) zu treffen. Verfügbarkeit und Aktualisierung des Verzeichnisses von Fachärzten mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“ ist notwendig.

Die Diagnosefindung beginnt mit einem strukturierten Programm: Anamnese, körperliche Untersuchung, Gelenkstatus (31, 87), Labor, Röntgen, Spezialuntersuchungen. Das Diagnoseprogramm kann je nach klinischem Bild (Leitsymptome) differenziert angewendet werden (vielfach existieren FLOWCHARTs). Fakultative Hilfsbefunde werden hinzugefügt. Sie sollen die Diagnostik ergänzen (93).

Es ist zu trachten, mit minimalem Aufwand eine Differentialdiagnose zu stellen.

Prinzipiell ist es für diese Diagnostik unerheblich in welchem Setting sie durchgeführt wird (Ambulanz/Ordination, Universitätsklinik, Rehabilitationszentrum, andere). Die Intensität der Untersuchungen kann aber mit der Zielsetzung (z.B. Operationsindikation) und der Akuität des Krankheitsbildes variieren. Für wissenschaftliche Fragestellungen werden die Untersuchungen noch in weiterer Folge ergänzt (84).

Allgemeinanamnese

Im Vorfeld der ärztlichen Anamnese kann ein medizinischer Fragebogen dem Patienten ausgehändigt werden. Der Patient bestätigt die Richtigkeit seiner Angaben mit seiner Unterschrift. Dieser Fragebogen screent: Allergien, Ulcusanamnese, Infekte, Erkrankungen innerer Organe, der Haut, des Nervensystems, Unfälle, Frakturen, etc.

Familienanamnese: Risikofaktoren, Tumore, Todesursachen, Erbkrankheiten, IBD, Psoriasis, cP, SLE, andere Kollagenosen, entzündliche und/oder versteifende Wirbelsäulenerkrankung

Kinderkrankheiten: optional

Frühere Erkrankungen: chronische Erkrankungen, Psoriasis, entzündliche Darmerkrankungen incl. Allergien, Ulcusanamnese, Blutungsneigung.

Allgemeinsymptome: AZ, Appetit, Gewicht, Stuhl, Miktion, Fieber, Nachtschweiß

Noxen: Alkohol, Nikotin, Venerea

Gynäkol. Anamnese: Menses, Partus, Abortus, gyn. Erkrankungen, Pille, Menopausebeginn.

Andrologische Anamnese: Fertilität

Therapiesanamnese: Art, Dauer, Wirkung, Nebenwirkung (medikamentös, physikalisch, Orthesen, Ernährung)

Rheumatologische Anamnese

Schmerzanamnese: örtlich, zeitlich, Intensität, Schmerzqualität, Modalitäten, schmerzauslösende/schmerzverstärkende Faktoren

Schwellungsanamnese: Verteilungstyp, Akuität

Derzeitige aktuelle Beschwerden:

Kollagenoseroutinefragen

Infektanamnese bei Verdacht auf reaktive Arthritis

Frühere rheumatologisch/orthopädische Erkrankungen, -Operationen

Berufs- und Freizeitanamnese: Berufssituation, Sport, Hobbies

Therapiesanamnese: Ergänzung der allgemeinen medikamentösen Therapiesanamnese bezüglich: DMARD, Cortison, NSAR, Analgetika, SYSADOA, Operationen, physikalische Therapie.

Sozialanamnese: Einschränkungen in Alltag, Beruf, Sport, Hobbies, Pflegestufe, Familiensituation, Wohnsituation, Hilfsdienste, Hilfsmittel

Internistisch-rheumatologischer Status

Die Statuserhebung ist je nach Leitsymptom zu adaptieren und basiert auf Grundlage eines allgemeinen klinisch-physikalischen Gesamtstatus.

Diagnostische Ziele ergeben sich aus:

der Topik: monartikulär oder polyartikulär,

der Akuität :akut oder chronisch,

sowie nach den Zielen: diagnostische Ziele, Therapieüberwachung oder Evaluation für die Rehabilitation.

Laborparameter:

1) Entzündungsparameter (CRP)

2) Organparameter (Leber, Niere, Blutbild, Muskulatur, Knochen, endokrine Funktion)

3) Ätiologisch klassifizierende Parameter z.B. Autoantikörper, Angiotensin-converting enzyme, ASLO (nur bei Verdacht auf rheumatisches Fieber), bakterielle Serologien und Kulturen.

Diese Untersuchungen sind indikationsbezogen anzuwenden.

Synovialanalyse

Makroskopisch: Menge, Farbe, Trübungsgrad, Viskosität

Mikroskopisch: Zellzahl, Zytologie, Kristallnachweis

Bakteriologie bei Verdacht auf bakteriell bedingte Arthritis, inkl. Gramfärbung.
Andere Untersuchungen fakultativ und gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Fragestellung

Bei jeder Monarthritis sollte nach Möglichkeit eine Synovialanalyse durchgeführt werden.

Bildgebende Verfahren (19)

Konventionelles Röntgen (Nativröntgen): paarige Gelenke sind paarig in 2 Ebenen abzubilden, auf Film- und Folienqualität ist zu achten.
Nur in Akutfällen MRT sofort additiv (z.B. Verdacht auf Hüftkopfnekrose, Bandscheibenvorfall mit neurologischen Symptomen)

Computertomografie: hohe Spezifität bei Sakroileitis
bei manchen Knochenprozessen, knöchernen Anomalien
Alternativmethode bei Bandscheibenvorfall (wenn MRT nicht verfügbar)

Magnetresonanztomographie: HWS – Beteiligung der cP, eventuell als Früh-Arthritis-Diagnosehilfe, Bandscheibenvorfall, Sakroileitis.

Szintigrafie: Suchmethode bei Tumoren, Metastasen, Prothesenlockerung, M.Sudeck.

Sonografie: Weichteilstrukturdiagnostik speziell für: Bakerzyste, Rotatorenmanschette, Synovitiszeichen, Erguss (siehe EULAR Standard (6)

Dopplersonographie: Art. temporalis (Arteriitisverdacht).

Spezielle Fragestellungen wie bei der Kollagenosediagnostik erfordern: Thoraxröntgen, HRCT der Lunge, Videokinematographie, Angiographie, etc.

Standards bei cP:

Initial: Nativröntgen obligatorisch von Händen, Vorfüßen, HWS inkl. Funktion sowie den übrigen symptomatischen Gelenken.

Jährliche Kontrollen routinemäßig bei Frühfällen, später nach Progredienzgrad seltener.

Häufigere Kontrollen bei stark progredienten Fällen oder neuen Symptomen.

Scores:

Sind nach Indikation und Fragestellung anzuwenden.

Details über krankheitsbezogene und krankheitsübergreifende Scores finden sich im Kapitel Ergebnisqualität.

PATIENTENSCHULUNG

Indikationsstellung zur Schulung:

Schulung nach Diagnosestellung

Schulung bei bereits längerer Krankheitsdauer und je nach bestehenden Informationsdefiziten

Prozesse:

Gezielte Anamnese zur Erfassung des bereits bestehenden Informationsstandes des Patienten bzw. zur Erfassung von Informationsdefiziten.

Der behandelnde Arzt informiert den Patienten selbst bzw. lässt Teilbereiche der Information und Schulung durch Rheumatologen (FA für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Orthopädie und Orthopädische Chirurgie), Physio- und Ergotherapeutin, Psychologen und Sozialarbeiterin durchführen.

Schulungsinhalte:

Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Diagnostik

Prognostisch ungünstiger Krankheitsverlauf (Risikogruppe)

Auswirkungen eines ungünstigen Krankheitsverhaltens

Medikamentöse Rheumatherapie (NSAR, Basistherapie, Corticosteroide), Wirkung und Nebenwirkungen, Prävention von Nebenwirkungen, notwendige Kontrollen

Grundzüge der Physiotherapie und Ergotherapie

Grundzüge präventiver Maßnahmen (Gelenkschutz, Rückenschule)

Information über rheumachirurgische Möglichkeiten

Information über intraartikuläre Therapie

Information über psychologische Therapiemöglichkeiten

siehe: „Rheuma-Seminar Patientenschulung in der Rheumatologie“ in 6 Modulen, Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheuma Liga Bundesverband e.V. (96)

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation des Schulungsteams, adäquater Zeitaufwand, strukturierte Schulungsprogramme, Abfrage des Wissens der Schulungsteilnehmer mündlich und/oder durch Dokumentationsbögen

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Schulung

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

ANGEHÖRIGENSCHULUNG

Da eine Angehörigenschulung überwiegend für die Betreuung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen notwendig ist, die mit gravierenden Behinderungen einhergehen sind folgende

Schwerpunkte der Angehörigenschulung hervorzuheben:

Grundzüge des Verlaufs, der Prognose und der Therapiemöglichkeiten der Erkrankung

Information und Schulung in Bezug auf Pflegeleistungen

Information über Wohnungsadaptierungen

Information über soziale Leistungen und soziale Hilfen

PHYSIKALISCHE THERAPIE

1. Krankengymnastik

Indikationsstellung zur Krankengymnastik:

Einschränkung der Beweglichkeit von Gelenken und/oder Wirbelsäule

Muskuläre Atrophien und Dysbalancen, Behandlung von Instabilitäten

Behandlung muskulärer Verspannungen und Verkürzungen

Störungen der Trophik

Koordinationsstörungen, Gangstörungen

Prozesse:

Der behandelnde Arzt erfasst bei der Anamnese und klinischen Untersuchung Störungen der Mobilität, der Kraft, Ausdauer und Koordination und ordnet dem diplomierten Physiotherapeuten/der diplomierten Physiotherapeutin an.

Inhalte:

Gelenkmobilisation, Dehnung verkürzter Strukturen

Stabilisation durch muskulären Aufbau

Gezieltes Krafttraining bei muskulären Atrophien und Dysbalancen

Dehnung verkürzter Muskelstrukturen

Ausdauertraining

Koordinatives Training, Gangschulung

Atemtherapie bei respiratorischen Störungen, die durch Beteiligung des knöchernen Thorax und der BWS entstanden sind.

Anwendung verschiedener krankengymnastischer Konzepte: Funktionelle Bewegungslehre nach Klein-Vogelbach, PNF, Cyriaxtherapie, Brügger-Konzept, Maitland-Konzept, McKenzie-Konzept, Atemtherapie, Unterwasserbewegungstherapie u.a.

Beziehung verschiedener Hilfsmittel: Schlingentisch, Therapiekreisel, Schaukelbrett, Therapiebänder u.a.

Ausarbeitung schriftlicher Übungsanleitungen für die selbständige Weiterführung

siehe „Physiotherapiestandards“ des Berufsverbandes der diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (bisher nur für Nachbehandlung nach Hüft- und Kniegelenkersatz vorliegend) (98)

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Diplomierte Physiotherapeutin, diplomierter Physiotherapeut.

Zeitaufwand: 1 bis 2 Therapieeinheiten à 30 Minuten tgl. bis zum Erreichen des Behandlungszieles.

Dokumentation der Inhalte: Erstellung strukturierter Übungsprogramme. Ausarbeitung und Mitgabe entsprechender Übungsanleitungen an den Patienten.

Ergebnisdokumentation: Klinische Untersuchung:

Gelenkmessung (Neutral-Null-Methode), Gehstrecke, Verwendung von Gehhilfen, Beurteilung des Gangbildes,

Wirbelsäulenmessung: Schober, Ott, Finger-Boden-Abstand, Hinterhaupt-Wand-Abstand

Krankheits- oder organspezifische Scores bei gezielten Fragestellungen (Studien):

Score nach Lequesne et al (54, 55, 56, 81), Score nach Harris (36), WOMAC (8, 80), Constant-Score (17, 18) u.a. (52).

Strukturierter Therapeutenbericht mit Ausgangssituation, Behandlungsziel, angewendeten Behandlungsmethoden und Behandlungsergebnis.

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Krankengymnastik.

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

2. Trainingstherapie

Indikationsstellung zur Trainingstherapie:

Muskuläre Defizite in einzelnen Körperabschnitten (Extremitäten, Wirbelsäule)

Allgemeiner Trainingsmangel

Prozesse:

Der behandelnde Arzt stellt bei der klinischen Untersuchung und/oder Ergometrie entsprechende Defizite fest und weist an den diplomierten Physiotherapeuten oder Sportwissenschaftler zu.

Inhalte:

Training am Laufband

Training am Fahrradergometer

Training am Oberkörperergometer

Einsatz einfacher mechanischer Trainingsgeräte: Stepper, Beinpresse, Rückentrainer, Rollenzüge, u.a.

Gezieltes Training einzelner Muskelgruppen an isokinetischen Geräten

Aquatraining und Aquajogging

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Diplomierter Physiotherapeut, Sportwissenschaftler

Beachtung der Kontraindikationen: Kardiopulmonale Dekompensation, akute Infektionen, nicht kontrolliertes Anfallsleiden, arterielle Durchblutungsstörungen, Thrombosen.

Zeitaufwand: Stationär: 1 bis 2 Therapieeinheiten tgl. a 30 Minuten bis zum Erreichen des Behandlungszieles. Ambulant: 2-3 Therapieeinheiten pro Woche

Dokumentation der Inhalte: Strukturiertes Trainingsprogramm, Ausarbeitung und Mitgabe schriftlicher Unterlagen an den Patienten.

Ergebnisdokumentation: Dokumentation der Zunahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit durch die Ergometrie. Wenn verfügbar Dokumentation der Kraftzunahme durch isokinetische Kraftmessung.

Strukturierter Therapeutenbericht: Ausgangssituation, Behandlungsziel, angewendete Methoden, Behandlungserfolg.

3. Manuelle Medizin

Indikationsstellung zur manuellen Medizin:

Vertebragene Funktionsstörungen

Vertebragener Kopfschmerz

Begleitende Blockierung der Extremitätengelenke

Insertionstendopathien

Prozesse:

Falls der behandelnde Arzt nicht selbst über eine Ausbildung in manueller Medizin verfügt, weist er an einen entsprechend ausgebildeten Kollegen zu.

Gezielte ärztliche manualmedizinische Untersuchung zur Erfassung von Blockierungen und Hypermobilitäten, Vorliegen einer Röntgendiagnostik der zu behandelnden Abschnitte.

Durchführung von Manipulationen durch den Arzt. Durchführung manueller Mobilisationen auch durch Physiotherapeuten.

Inhalte:

Einsatz von Weichteiltechniken und Mobilisationen bei Funktionsstörungen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule und Funktionsstörungen der Extremitäten.

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Arzt mit abgeschlossener Ausbildung in manueller Medizin (Manipulation)

PhysiotherapeutInnen mit entsprechender postgradueller Ausbildung (Mobilisation).

Beachtung der Kontraindikationen: Osteoporose, entzündliche Wirbelsäulenerkrankung,

Neoplasien, radikuläre oder meduläre Kompressionen, Hypermobilität, frische Frakturen, arterielle Durchblutungsstörungen.

Zeitaufwand: Ein bis mehrere Sitzungen unterschiedlicher Dauer.

Dokumentation der Inhalte: Dokumentation der angewendeten Technik in der Krankengeschichte/Patientenkartei.

Ergebnisdokumentation: Dokumentation des Untersuchungsbefundes vor und nach der manuellen Therapie, Verwendung strukturierter Dokumentationsbogen.

4. Thermotherapie

Indikationsstellung:

Wärmetherapie: Schmerzlinderung, Muskeldetonisierung, Durchblutungssteigerung, Verbesserung der Trophik.

Kryotherapie: Schmerzlinderung, Entzündungshemmung.

Prozesse:

Der behandelnde Arzt ordnet auf der Basis der Anamnese und klinischen Untersuchung den durchführenden Personen an: Physiotherapeuten, Heilmasseur (Wärmepackungen), medizinisch technischen Fachkräften, diplomiertes Pflegepersonal.

Inhalte:

Wärmetherapie: Bäder, Wickel, Packungen, Fango, Moor, Paraffin, Heißluft, Infrarot, Hochfrequenztherapie, Ultraschallbehandlung.

Kryotherapie: (Packungen), Kaltlufttherapie, tiefgekühlte Gel-Beutel, kalte Güsse.

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Physiotherapeuten, medizinisch technische Fachkräfte, Heilmasseur (Wärmetherapie), diplomiertes Pflegepersonal.

Zeitaufwand: Je nach Akuität des zu behandelnden Symptoms stark variabel, Kryotherapie bis mehrmals täglich 20 Minuten und länger, Wärmepackungen 2 bis 5mal pro Woche 20 bis 30 Minuten bis zum Erreichen des Behandlungsziels.

Beachtung der Kontraindikationen:

Wärmetherapie: akute Entzündung, arterielle Durchblutungsstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankung bei großflächiger Anwendung, schwere Allgemeinerkrankungen, Neoplasien

Kältetherapie: Raynaud Syndrom, Kälteurticaria, lokal bei Nieren- und Blasenaffektionen, seltene Kältehaemoglobinämie, Kryoglobulinämie.

Dokumentation der Inhalte: Genaue Festlegung der anzuwendenden Thermotherapien im Behandlungsprogramm einschließlich Temperatur, Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz.

Ergebnisdokumentation: Befragung des Patienten bezüglich des subjektiven Empfindens während und nach der Therapie (*diese Form der Ergebnisdokumentation ist für eine qualitativ gute Anwendung ausreichend*).

Dokumentation von unerwünschten Reaktionen.

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Thermotherapie

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

5. Massage

Indikationsstellung:

Muskuläre Verspannungen unterschiedlicher Genese

Lymphödem

Anwendung der Massage im Kontext eines komplexen Behandlungsprogrammes z.B. in Kombination mit Thermotherapie und Krankengymnastik.

Prozesse:

Der behandelnde Arzt weist auf der Basis von Anamnese und klinischer Untersuchung an den Heilbademeister für klassische Massagen und Unterwassermassagen zu, an den Physiotherapeuten zur Lymphdrainage.

Inhalte:

Klassische Massage, Unterwassermassage, Lymphdrainage

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Klassische Massage und Unterwassermassage: Heilmasseur, Heilbademeister

Lymphdrainage: Physiotherapeut

Zeitaufwand: Klassische Teilmassage 10 Minuten 2 bis 3 mal pro Woche,

WS-Gesamtmassage: 20 bis 30 Minuten 2 bis 3mal pro Woche

Lymphdrainage: 40 bis 60 Minuten tgl. bis zum Erreichen des Behandlungsziels

Beachtung der Kontraindikationen: Thrombosen, Gerinnungsstörungen, Hautinfektionen, schwere Allgemeinerkrankungen, schwere Osteoporose

Dokumentation der Inhalte: Genaue Angabe der anzuwendenden Methode, Lokalisation und Therapiedauer im Behandlungsprogramm

Ergebnisdokumentation: Befragung des Patienten während und nach der Behandlung, bei der Lymphdrainage kann eine Umfangmessung der Extremitäten an markierten Punkten durchgeführt werden, Dokumentation von unerwünschten Wirkungen und Unverträglichkeiten

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Massage

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

6. Elektrotherapie

Indikationsstellung:

Schmerzsyndrome unterschiedlicher Genese

Muskelatrophie (Inaktivität)

Paresen

Muskelverspannungen

Prozesse:

Der behandelnde Arzt weist auf der Basis von Anamnese und klinischer Untersuchung (gegebenenfalls plus elektrophysiologischer Untersuchung) an den Physiotherapeuten oder die med. techn. Fachkraft (unter Aufsicht) zu.

Inhalte:

Gleichstromanwendungen: Galvanisation, Iontophorese, Stangerbad, Vierzellenbad

Reizstromtherapie: Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Hochvolttherapie, Interferenzstrom, diadynamische Ströme, Ultrareizstrom, transkutane elektrische

Nervenstimulation (TENS)

Reizstromdiagnostik

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Physiotherapeut, medizinisch technische Fachkraft unter Aufsicht

Zeitaufwand: 10 bis 20 Minuten je nach angewendetem Programm

Beachtung der Kontraindikationen: Hautläsionen, akute entzündliche Prozesse im Behandlungsbereich, Infektionskrankheiten, gravierende Sensibilitätsstörungen im

Behandlungsbereich, Herzschrittmacher, Endprothesen (Stromformen mit Impulsen die alternierend in der Polung wechseln und daher keinen galvanischen Effekt haben, können angewendet werden)

Dokumentation der Inhalte:

Genauere Festlegung der Stromform, Lokalisation und Behandlungszeit im Behandlungsprogramm
Ergebnisdokumentation: Befragung des Patienten während und nach der Therapie
Dokumentation von Unverträglichkeitserscheinungen
Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Elektrotherapie
siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

7. Sporttherapie

Indikationsstellung:

Unterstützung der krankengymnastischen Übungsziele in Hinblick auf Kondition und/oder Kraft/Ausdauer.

Prozesse:

Auf der Basis von Anamnese, klinischer Untersuchung und diagnostischer Ergometrie informiert der behandelnde Arzt den Patienten selbst über Sporttherapie und erstellt ein entsprechendes Programm oder weist an einen Physiotherapeuten oder Sportwissenschaftler zu

Inhalte:

Information über geeignete Sportart unter Einbeziehung der Prinzipien des Gelenkschutzes und der Rückenschule
Erstellung und Überwachung entsprechender Programme
Anpassungsmöglichkeiten/Varianten bei vorhandenen Behinderungen

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Physiotherapeut, Sportwissenschaftler
Zeitaufwand: 2 bis 3 mal pro Woche ca. 1 Stunde je nach Sportart.
Beachtung der Kontraindikationen: Gravierende strukturelle Schädigungen von Gelenken und Wirbelsäule, Herz-Kreislaufkrankungen, schwere Allgemeinerkrankung oder Anfallsleiden mit der jeweiligen Notwendigkeit einer Observanz
Kontraindiziert sind Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko, extremer Dauerbelastung und einseitiger Belastung

Dokumentation der Inhalte: Ausarbeitung eines gezielten sporttherapeutischen Programms und Aushändigung entsprechender Unterlagen an den Patienten

Ergebnisdokumentation: Befragung des Patienten
Dokumentation der Leistungssteigerung durch die diagnostische Ergometrie
Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Sporttherapie
siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97).

ERGOTHERAPIE

Indikationsstellung zur Ergotherapie:

Erhaltung der Selbständigkeit des Patienten durch Training der Alltagsfunktionen
Hilfsmittelberatung und Training bei Behinderungen unterschiedlicher Genese
Prävention von Deformitäten bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen durch Gelenkschutzinformation

Prävention von Deformierungen bzw. einer Progredienz von Deformitäten bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen durch Funktions- und Lagerungsschienen
Funktionsverbesserung an den oberen Extremitäten durch funktionelle Ergotherapie
Erhaltung der Arbeitsfähigkeit durch Arbeitstraining und Arbeitsplatzadaptierung
Prävention von Rückenschmerzen durch Rückenschule

Weitere Details siehe Heilmittel-Richtlinien (HMR) III, 2000 Maßnahmen der Ergotherapie, Bundesausschuss der deutschen Ärzte und Krankenkassen (99)

Prozesse:

Der Arzt stellt ergotherapeutisch zu behandelnde Einschränkungen oder die Notwendigkeit von präventiven ergotherapeutischen Maßnahmen fest und weist den Patienten einer Ergotherapeutin /einem Ergotherapeuten zu.

Inhalte der Ergotherapie:

Gelenkschutzunterweisung und Training
Hilfsmittelabklärung, -beratung, -training
Selbsthilfetaining der Alltagstätigkeiten
Anfertigung von Orthesen in Form von Funktions- und Lagerungsschienen
Funktionelle Ergotherapie an den oberen Extremitäten
Beschäftigungstherapie
Arbeitsplatzabklärung, Arbeitsplatzadaptierung, Arbeitstraining
Rückenschule, Stabilisation bei Hypermobilität

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Diplomierte Ergotherapeutin / diplomierter Ergotherapeut
Adäquater Zeitaufwand, Teambesprechungen
strukturierte Schulungsprogramme für Gelenkschutz und Rückenschule unter Mitgabe schriftlicher Unterlagen an den Patienten
Definition der vorhandenen Einschränkungen, Festlegung eines Behandlungszieles und eines Behandlungsplanes
Ergebnisdokumentation: Messung von Einschränkungen vor Therapiebeginn und im Therapieverlauf
Neutral-Null-Methode (21), Dynamometer
Einsatz verschiedener Scores: HAQ-Score (Health Assessment Questionnaire) (14, 29), FFBH-P (Funktionsfragebogen Hannover Polyarthritits) (47) u.a. (52).
Strukturierter ergotherapeutischer Bericht (Ausgangssituation, Behandlungsziel, angewendete Methoden, Behandlungserfolg)
Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Ergotherapie
siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97)
Ambulante Ergotherapie
Zulassungsbescheinigungen siehe: gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der deutschen Krankenkassen 2001, Teil V, Ergotherapie (100, 102)

PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Indikationsstellung zur psychologischen Therapie:

Psychologische Betreuung bei organisch nicht ausreichend fassbaren und behandelbaren Grunderkrankungen z.B. Fibromyalgiesyndrom
Psychologische Betreuung bei reaktiven psychischen Veränderungen (Depression, sozialer Rückzug, Störung der Sexualität) im Rahmen von rheumatischen Erkrankungen mit großem Leidensdruck z.B. chronische Polyarthritits.

Prozesse:

Der behandelnde Arzt erkennt bei der Anamnese und Untersuchung die psychischen Probleme der Patienten und wird in gravierenden Fällen, die über seine fachlichen und zeitlichen Möglichkeiten hinausgehen eine fachpsychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung einleiten.

Inhalte der psychologischen Betreuung:

Psychologische Diagnostik

Entspannungstechniken: Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jakobson

Schmerzbewältigungstechniken (Copingstrategien)

Psychologische und psychotherapeutische Einzelgespräche

Gruppenpsychotherapie

Partner- und Familientherapie

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Psychologe, Psychotherapeut

Adäquater Zeitaufwand, Teambesprechung,

strukturiertes Vorgehen bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen wie Entspannungstraining und Schmerzbewältigung.

Ergebnisdokumentation: Anwendung validierter Meßinstrumente vor Therapiebeginn und im Therapieverlauf (90).

Strukturierte psychologische Therapieberichte

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten psychologischen Betreuung

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ der BfA (97)

ERNÄHRUNGSBERATUNG BEI RHEUMATISCHEN ERKRANKUNGEN

Indikationsstellung zur Ernährungsberatung:

Übergewicht bei Arthrose der gewichtstragenden Gelenke

Therapeutische Diätberatung bei Patienten mit Arthritis urica

Information über Ernährung bei Osteoporose insbesondere bei Osteoporose im Rahmen einer Laktoseintoleranz

Informationswunsch von Patienten bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen und anderen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Hinweis auf das kardiovaskuläre Risiko bei Übergewicht, Fettstoffwechselstörung

Zuweisung, beratende Personen:

Anamnese, klinische Untersuchung und Laboruntersuchung geben dem behandelnden Arzt

Hinweise auf Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen

Der behandelnde Arzt informiert den Patienten selbst. Ist eine Diätberatung erforderlich, die die zeitlichen und fachlichen Möglichkeiten des behandelnden Arztes übersteigt, dann soll der Patient einer diplomierten Diätassistentin zugewiesen werden.

Schulungsinhalte:

Sinnvolle Reduktionskost bei Übergewicht

Purinarme, meist auch cholesterin- und fettarme Ernährung bei Gichtpatienten

Sinnvolle Ernährung bei Osteoporose

Laktovegetabile Kost bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen bei gleichzeitiger Vermeidung von Mangelerscheinungen, Bedeutung der Antioxydanzen, Vermeiden von Nahrungsmitteln bei Allergien, Einfluss von Fischöl bzw. mehrfach ungesättigten Fettsäuren.

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: diplomierte Diätassistentin und Arzt

Adäquater Zeitaufwand:

Strukturierte Schulungsinhalte, Mitgabe schriftlicher Unterlagen an die Patienten,

Abfrage des Wissens der Patienten mündlich und/oder durch Fragebogen, Stoffwechselkontrolle

Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Ernährungsberatung

siehe: „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)“ des BfA (97)

Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie:

Arbeitsergebnisse der Projektgruppe leitender Diätassistentinnen und EMB Österreichs (101)



MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Grundsätzliches (84)

Verordnung:

Klare Indikation (mögliche Kriterien: Klassifikations-/Diagnosekriterien, "best clinical judgement" etc.).

Erfordernis: Dokumentation der Entscheidungskriterien (Klinik, Labor, Bildgebung, etc.)

Verordnung der einzelnen Präparate erfordert ein genaues Wissen über Wirkung, Nebenwirkung und Verlaufskontrolle (betrifft insbesondere alle DMARDs und immunrelevante Therapien) (siehe Richtlinien der Strukturqualität – z.B. Facharzt für Innere Medizin mit der „ergänzenden speziellen Ausbildung Rheumatologie“)

Aufklärung der PatientInnen (eventuell Aufklärungsbogen) über

- ◆ Wirkung: zu erwartender Wirkungseintritt (Verzögerung bei DMARD, selbständige Dosismodifikation bei NSAR/Analgetika)
- ◆ Nebenwirkungen
- ◆ subjektive Warnzeichen
- ◆ erforderliche Kontrollen: Intervalle, Selbstkontrollen von z.B. RR, Blutzucker, o. ä.

Dosierung

- ◆ Entsprechend der betreffenden Fachliteratur
- ◆ Dosisadaptation nach Wirkung und Nebenwirkungen
- ◆ Bei Über- oder Unterschreitung von Dosierungsrichtlinien: Dokumentation der relevanten Entscheidungskriterien

Therapiekontrolle:

Verwendung geeigneter Instrumente zur Dokumentation von Wirkungen und Nebenwirkungen (*siehe Abschnitt: Ergebnisqualität*)

- In Bezug auf Prozessqualität und Ergebnisqualität
- Klinisch

Internistische/allgemein-klinische Untersuchung inklusive Blutdruck, Joint count (30, 68), Goniometrie, diverse Indices (34, 39, 66, 86)

VAS (12)

Funktionstests (Moberg Picking-up Test (62), Button Test (64), Dynamometrie, Vigorimetrie, etc.)

Fragebogen (allgemein und/oder spezifisch für Krankheitsbild: EUROQOL (28), MOS-SF-36 (15, 58), MOS-SF-12 (15, 58), HAQ (14, 29), MHAQ (63), BASFI/BASDAI (16), WOMAC (7, 8) etc.

- ◆ Laborkontrollen
- ◆ Bildgebung (vorwiegend Röntgen, Ultraschall, gelegentlich Angiographie etc.)
- ◆ Sonstige (Histologie, Funktionstests f. GI-Trakt, Herz, Lunge, Leber, Niere etc., Endoskopien ...)

Jedenfalls ist zu fordern, dass die Personen, die o. g. Beurteilungen durchführen, adäquate Ausbildung und REGELMÄSSIGE FORT-UND WEITERBILDUNGEN haben bzw. besuchen. Dies ist besonders wichtig bei stark subjektiv beeinflussten Erhebungen, z. B. Gelenkbeurteilung (87), Röntgenbeurteilung: Scoringsysteme (53, 74, 75), Histologien etc.

Einhaltung empfohlener Intervalle für Wirkungs- und Toxizitätskontrolle
(keine Über- oder Unterschreitungen ohne Dokumentation des Grundes!)

Eventuell Überprüfung von Compliance/Adherence der Patienten (Medikamentenspiegel o.ä.)

Klare Dokumentation der Gründe für Therapieänderung (Dosisescalation/-reduktion, Präparatwechsel, Kombinationstherapie etc.)

Krankheitsspezifische Überlegungen

Welche Therapie ist indiziert?

Kritische Überlegung zu pharmako-, physio-, ergo-, ernährungs- oder psychotherapeutische Massnahmen (oder welche Kombination)
Maxime: "Therapie ist mehr als Medikamente"

Wie gesichert ist die Diagnose?

Problematisch oft bei "atypischen" Verläufen, in Frühstadien, bei div. "Overlap-Syndromen"

Welche Medikamentengruppe (welche Pathologie soll behandelt werden)?

Entzündung -	Steroid NSAR und selektive COX-2-Hemmer DMARD/Biologicals
Schmerz -	einfaches Analgeticum (Nichtopioid) Opioide (schwach, stark) Algesie Modulatoren (Antidepressiva, Muskelrelaxantien, Antikonvulsiva, etc.)
Komedikationen -	Blutdruck (SLE, Sklerodermie, etc.) Gerinnung (APLS, SLE, Sklerodermie, nephrotisches Syndrom etc.) Lipidsenker (nephrotisches Syndrom etc.) Infektobsorge (bei M.Wegener, Biological-Therapie, etc) Osteoporosetherapie bei Steroid-Dauertherapie Psychopharmaka

Prognosefaktoren

Krankheitsspezifische Prognosefaktoren (z.B. Destruktionen, Organbeteiligungen) sind zu berücksichtigen, vor allem bei der Differentialindikation für potentiell toxische NSAR-, Steroid-, DMARD-, etc. und kostenintensive (Biologicals) Therapien.

Beispiele: Rheumafaktor bei cP
Radiologische Kriterien (Erosivität) bei cP
Glomerulonephritis (histologischer Typ) bei SLE
Knochendichteverlauf ("fast" vs. "slow" looser) bei Osteoporose

Aktivitätskriterien Monitoring der Effektivität

Publizierte Aktivitätsindices (sind je nach klinischer Fragestellung und klinischer Relevanz anzuwenden): SDAI (78), DAS (66), SLEDAI (11), ECLAM (88), MHAQ-Score (63), HAQ-Score (14, 29), Austin-Score (5, 4), etc (*siehe Ausführungen im Abschnitt: Prozeßqualität*).

Wo publizierte Aktivitätsindices fehlen, muss die "Aktivität" nach "best clinical judgement" dokumentiert werden (Labor, Bildgebung, ev. Fragebogen etc.).

Begleit-, Vorerkrankungen, Komedikation, andere Risikofaktoren

Differenzierter Einsatz bestimmter Medikamentengruppen bei Vor- oder Begleiterkrankungen (cave: unerkannte/nicht vordiagnostizierte Erkrankungen, nicht "zugegebene" Risikofaktoren, z. B. Alkohol!)

Als Beispiele sind zu nennen:

Hypertonie: NSAR, Coxib, Steroid, Cyclosporin, etc.

Herzinsuffizienz: NSAR, Coxibe, Infliximab, etc.

Diabetes: Steroid, etc.

Gastropathie: NSAR, Steroid als Komedikation, Antikoagulantien, ASS, Alter (13)

Nephropathie: NSAR, Methotrexat, Cyclosporin, Endoxan, Opioid, etc.

Lunge: Methotrexat

Infektionen: DMARD, Steroid, Biological (z.B. TNF-Antagonist), etc.

Alkoholismus, Leberschäden: Methotrexat, NSAR

Augen: Malariamittel, Steroid, etc.

Allergien: Sulfonamid (Sulfasalazin, Celecoxib), Aspirin (Asthma), etc.

Cave: Interaktionspotential (76)

etc.

Dauer der Therapie

Weiterführung der Therapie in Remission (Vergleichbar mit Dauermedikation bei Diabetes mellitus und Hypertonie)

Engmaschige Beobachtung bei Reduktion

Medikamentenspezifische Überlegungen

(gelten nahezu ausschließlich für die Basistherapie der cP und teilweise für Kollagenosen. Sie gründen sich auf ein detailliertes Wissen über diese Substanzen).

Indikation

Entspricht die Anwendung dem "label"?

"Off-label"-Indikation ist MINUTIÖS zu dokumentieren (Hinweis auf ev. vorhandene einschlägige Literatur!). Gilt insbesondere für "teure" Therapien (Biologicals, Coxibe)

Dosierung

Adaptation der Medikamentendosierung an
klinisches Ansprechen (Dokumentation!)
Laborparameter des Ansprechens (Akutphasenproteine, Antikörperspiegel,
etc.)
subjektive Verträglichkeit (eventuell Komedikation wie PPI bei NSAR,
Folsäure bei Methotrexat, Antihistaminika bei Hypersensitivität, Antiemetika
bei GI-Unverträglichkeit, etc.)
Kombinationen (Steroid-DMARD, DMARD-Kombinationen, NSAR-Analgetika-
Kombinationen, etc.) bei unzureichendem therapeutischem Effekt. Ziel ist IMMER:
REMISSION
Ungeklärt: Überlegenheit von Medikamentenwechsel gegenüber
Kombinationstherapie

Toxizität

Überprüfung der Toxizität von DMARD ist durch klinische- und Labor-
Untersuchungen in entsprechenden Intervallen zu gewährleisten (1, 103)
Klinisch relevante (Labor-)Nebenwirkungen treten vornehmlich in den ersten 4
Monaten auf.

Ko-Toxizität, Ko-Morbidität, Interaktionen

Inbesondere bei multimorbiden Patienten, multiplen Begleitmedikationen von
essentieller Bedeutung (76)

Schwangerschaft/Zeugungsfähigkeit/Stillperiode

Patientinnen sind jedenfalls auf Schwangerschafts-/Fertilitätsrisiken hinzuweisen
(41)(im Rahmen der Aufklärung über die geplante Therapiemaßnahme auch auf
diesen Punkt hinzuweisen). Dokumentation ev. durch Unterschrift.

SOZIALE HILFEN

Indikationsstellung:

Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit
Einschränkungen der Selbständigkeit, Pflegebedarf

Prozesse:

Durch Anamnese und klinische Untersuchung können körperliche oder psychosoziale
Einschränkungen erfasst werden, die den Einsatz sozialer Hilfen notwendig machen.
Der behandelnde Arzt informiert den Patienten bzw. die Angehörigen über die entsprechenden
Anlaufstellen:
Krankenkasse (Krankenbehandlung/Rehabilitation)
Pensionsversicherungsträger (Rehabilitation) (95)
Gemeinde (Sozialspargel), Sozialberatungsstellen der Bezirkshauptmannschaften und des
Magistrats (Hauskrankenpflege, Pflegeheime)
Bundessozialamt (Behinderteneinstellungsgesetz)

Selbsthilfegruppen: Siehe: Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich, aktuelles Verzeichnis, SIGIS (Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen).

Bei Notwendigkeit wird ein Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin beigezogen.

Inhalte:

Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit

Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilverfahren nach orthop. Operationen

Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit und Verhinderung bzw. Verminderung des Pflegebedarfs

Einleitung von Umschulungsmaßnahmen und Arbeitsplatzadaptierungen

Erweiterter Kündigungsschutz nach dem Behinderteneinstellungsgesetz

Beschäftigung in einer Behindertenwerkstatt

Organisation von Hauskrankenpflege und Essen auf Rädern

Unterbringung in Pflegeheimen

Organisation von Behindertentransporten

Bereitstellung von Hilfsmitteln (Gehhilfen, Rollstühle, Elektrorollstühle)

Überprüfung von Ansprüchen des Patienten nach dem Bundespflegegeldgesetz

Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Sozialarbeiter, geschultes Personal von Sozialversicherungsträgern, Sozialämtern, Arbeitsmarktservice und Einrichtungen der Berufsrehabilitation (BBRZ Linz, Wien, Kapfenberg)

Adäquater Zeitaufwand, Teambesprechungen, strukturierte schriftliche Unterlagen

Ergebnisdokumentation:

Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, Häufigkeit von Krankenständen, Invaliditätspensionen und Pflegestufen (Datenbank des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger).

REHABILITATION

Indikationsstellung zur Rehabilitation:

- Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (Rehabilitation vor Pension)
- Erhaltung der Selbständigkeit des Patienten bzw. Reduktion des Pflegebedarfs (Rehabilitation vor Pflege)
- Bei rheumatischen Erkrankungen ist mit Ausnahme weniger unter Therapie rückbildungsfähiger Krankheitsbilder eine Rehabilitationsindikation gegeben, wenn Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bestehen oder drohen (85, 95).

Zuweisung zur Rehabilitation:

Der behandelnde niedergelassene Arzt oder der behandelnde Spitalsarzt stellt die Indikation zur Rehabilitation anhand von Anamnese, klin. Untersuchung und Hilfsbefunden und schlägt diese Maßnahme dem Patienten vor. Der Arzt stellt einen Antrag unter Angabe der vorliegenden Einschränkungen und der Zielsetzung der Rehabilitationsmaßnahme. Der Patient gibt auf dem Antrag seine persönlichen Daten an.

Der Antrag wird an den zuständigen Sozialversicherungsträger (Unfallversicherung, Pensionsversicherung, Krankenversicherung) weitergeleitet und der zuständige Versicherungsträger bearbeitet den Antrag mit dem Ergebnis einer Bewilligung oder einer entsprechend begründeten Ablehnung.

Anschließend erfolgt die Weiterleitung der bewilligten Anträge an die entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen (Sonderkrankenanstalten), welche dann die Patienten zu den vorgesehenen Rehabilitationsmaßnahmen einladen.

Zuständige Sozialversicherungsträger:

Unfallversicherung: Rehabilitation nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten

Pensionsversicherungsträger: Rehabilitation zur Verhinderung einer Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Krankenversicherungsträger: Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit für die in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr Anspruchsberechtigten (z.B. mitversicherte Angehörige).

Durchführende Rehabilitationsinstitutionen:

Sonderkrankenanstalten für rheumatologische Rehabilitation (95)

Institutionen für ambulante Rehabilitation

Institutionen der Berufsfindung und Berufsrehabilitation: Arbeitsmarktservice, BBRZ Linz/ Wien/ Kapfenberg.

Inhalte der Rehabilitation:

Medizinische Rehabilitation: Anwendung multidisziplinärer Rehabilitationskonzepte:

Krankengymnastik, rehabilitatives Training, passive physikalische Therapie, Ergotherapie, Optimierung medikamentöser Therapiekonzepte, psychologische Betreuung, umfassende Information und Schulung einschließlich Sekundärprävention

Berufliche Rehabilitation:

Berufsfindung, Umschulungsmaßnahmen, Maßnahmen nach dem Behinderteneinstellungsgesetz, Berufsförderung in einer Behindertenwerkstatt

Soziale Integration: (Organisation sozialer Hilfen):

Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern

Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen: Österreichische Selbsthilfegruppe im

Gesundheitsbereich, aktuelles Verzeichnis, SIGIS (Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen)

Indikatoren für Prozessqualität:

Qualifikation: Durchführung der Rehabilitation durch spezialisierte Institutionen in denen ein multidisziplinäres Rehabilitationsteam arbeitet, das aus folgenden Disziplinen besteht: Rheumatologe (FA für Innere Medizin, Physikalische Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie), Ärzte für Allgemeinmedizin, Konsiliarärzte für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin, Radiologie und Neurologie; Dipl. Physio- , Ergotherapeuten, Psychologen, Diplomierte Krankenpflegefachkräfte, weitere medizinisch technische Dienste (MTA, RTA und MTF, DA und EMB), Sozialarbeiter.

Zeitaufwand: Stationäre Rehabilitation: durchschnittlich 3 bis 4 Wochen; tägliche Therapiedichte mindestens 2 bis 3 Stunden.

Ambulante Rehabilitation: bei geringerer Therapiedichte entsprechend längere Behandlungsdauer als bei stationärer Rehabilitation.

Regelmäßige Teambesprechungen

Beachtung der Kontraindikationen:

Schlechter Allgemeinzustand, der die Anwendung einer suffizienten täglichen Therapiedauer von 2 bis 3 Stunden nicht gestattet

Mentale Einschränkungen die die Aufnahme und Lernfähigkeit des Patienten gravierend beeinträchtigen.

Fehlende Motivation und Kooperation

Ansteckende Erkrankungen mit der Gefährdung der Umgebung (z.B. offene TBC, Infektion mit multiresistenten Staphylokokken (85, 95)

Dokumentation der Inhalte:

Festgelegte Rehabilitationskonzepte, Erfassung von Einschränkungen, Definition der Rehabilitationsziele, Festlegung der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen in den jeweiligen Arbeitsbereichen des Rehabilitationsteams (Ärzte, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Berufsrehabilitation)

Ergebnisdokumentation:

Dokumentation des Rehabilitationserfolges in den Entlassungsberichten

Einsatz krankheitsspezifischer Scores bei speziellen Fragestellungen (52)

Einsatz krankheitsunspezifischer Dokumentationsinstrumente bei speziellen Fragestellungen:

MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36) (15, 58), IRES (Indikatoren des Reha-Status)(33), SIP (Sickness Impact Profile)(9), NHP (Nottingham Health Profile)(48, 49), Euro-Qol (28).

Komplexes internationales Klassifikationssystem der WHO in Ausarbeitung: Früher ICIDH (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps), heute existiert eine neue Version: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (91).

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit für externe und interne Qualitätssicherung

Tatsächliche Wiedereingliederung ins Berufsleben, Arbeitsfähigkeit

Häufigkeit von Krankenständen

Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension

Tatsächliche Verhinderung eines Pflegebedarfs oder

Verminderung eines bestehenden Pflegebedarfs (Pflegestufen nach Bundespflegegesetz).

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ERGEBNISQUALITÄT IN DER RHEUMATOLOGIE

Vorbemerkung:

Die Ergebnisqualität wird mit unterschiedlichen Meßgrößen erfaßt. Welcher Art diese sind, hängt ganz wesentlich von der Fragestellung ab welches Stadium, welcher Abschnitt, welcher Einfluß der Erkrankung zu bewerten ist. Eine Auswahlhilfe für das entsprechende Meßinstrument stellt die *WHO-Klassifikation von Impairment, Activity und Participation* dar. Vorab muß das Ziel/der Zweck der Evaluierung definiert werden (Screening für potentielle Gesundheitsstörungen, Beurteilung von Organsystemen, vergleichender Gesundheitsstatus, Beurteilung klinisch relevanter Veränderungen). Anschließend erfolgt die Auswahl des Instruments zur Erfassung des allgemeinen, krankheitsspezifischen Gesundheitsstatus und der Lebensqualität. Dazu sind Fragen zu beantworten wie: deckt das Instrument alle relevanten outcomes ab?, wurden die psychometrischen Eigenschaften getestet?, kann das Instrument klinisch relevante Veränderungen aufzeigen?, Urheberrecht?, Erfahrungen mit diesem Instrument?, etc. Daher sind auch die anzuwendenden Parameter ganz unterschiedlich. Sie umfassen neben den zitierten Meßgrößen und unterschiedlichen Fragebogen Ergebnisse von Laborbefunden, Infektionshäufigkeit, Reoperationshäufigkeit, etc. Nur eine gezielt eingesetzte sowie laufend hinterfragte Anwendung von Meßgrößen wird zu einer verlässlichen Beantwortung der Fragestellung führen. Die hier aufgelisteten Meßmöglichkeiten sind lediglich als Hilfe zu werten und erheben keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit, wie sie auch einer laufenden Veränderung unterliegen. Ferner ist zu beachten, daß zahlreiche Fragebogen in englischer Sprache vorliegen. Vor einer Verwendung derselben für ein deutsch-sprechendes Patientengut ist zu prüfen, ob dieser Fragebogen in „deutsch“ validiert vorliegt. Dies gilt v.a. für Patienten Selbst-Bewertungsbogen. Vor einer ad hoc Übersetzung aus dem englischen und anschließender Verwendung muß gewarnt werden. Grundsätzliches und Ergänzungen zu Bewertungsinstrumentarien sind zu beachten (2, 3, 10, 22, 23, 25, 26, 27, 43, 44, 65, 84).

SCHMERZMESSUNGSINSTRUMENTE

Visuelle Analogskala (VAS) (12, 37, 40)

Messung der Schmerzintensität mittels der Verwendung einer 10 cm langen Messstrecke.

PDI (Pain Disability Index) (35, 82, 83)

Der PDI umfaßt die Dimensionen familiärer und häuslicher Verpflichtungen, Erholung, soziale Aktivitäten, Beruf, Sexualleben, Selbstversorgung, lebensnotwendige Tätigkeiten

Selbst-Fragebogen, Fragen bedürfen evtl. Erklärungen durch den Arzt, da umfangreich. Antworten werden vom Patienten gewichtet 0-10 Likert-Skala, je 1 Frage pro Dimension. Psychometrische Eigenschaften sind dokumentiert und eine deutsche Validierung liegt vor. Eignet sich aufgrund der Kürze sehr gut zur Beurteilung der schmerzbedingten Aktivitäts- und Partizipationsstörungen.

Schmerzchronifizierung–Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen und Wurmthaler (32)

Voraussetzung für die Schmerzchronifizierung sind multikausale Prozesse, nicht nur zeitliche Aspekte, dieser Fragebogen nach dem Mainzer Modell graduiert die Chronifizierung einer Schmerzerkrankung (diagnoseunabhängig).

MESSUNGEN BEI ARTHROSEN

Gelenkmessung Neutral–Null–Methode (21, 64)

Muskelkraft 6-teiliger Score
Nach Daniels und Worthingham (20)

WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Osteoarthritis Index (7, 8, 73)

Der WOMAC ist ein 24-Item Selbst-Fragebogen für Patienten mit Gonarthrosen und Coxarthrosen. Er umfaßt die Bereiche Schmerzen, Steifigkeit und körperliche Behinderung. Er ist umfassend psychometrisch getestet und hat weite Verbreitung. Es liegen deshalb ausführliche Erfahrungen über seine Wertigkeit vor.

2 Versionen liegen vor: Antworten mittels 10 cm visueller Analogskala (VAS) oder mittels 5-teiliger Likert-Skala vom Patienten gewichtet (Antwortkategorien reichen bei Schmerz von „kein“ bis „extrem“). Die 5-teilige Likert Skala ist vorzuziehen, da sie auch von Patienten mit niedriger Schulbildung besser verstanden wird. Eine deutsch validierte Fassung liegt vor.

Lequesne-Index (54, 73)

Der Lequesne Index ist ein algofunktioneller (Gesamtpunktescore beinhaltet Behinderung und Schmerzen) Index zur Beurteilung der Gonarthrose und Coxarthrose. Er wird vom Arzt durch Befragen komplettiert. Die Verlaufssensitivität ist problematisch, die Reliabilität ist mäßig.

Harris-Hip Score (36)

Für Erkrankungen des Hüftgelenkes, inkl. postoperative Beurteilung

Constant-Score (17, 18)

Der Constant Score mißt die Dimensionen Schmerz, Kraft, Beweglichkeit und Alltagsfunktionen in Bezug auf die Schulterfunktion in einem Gesamtpunktescore. Die Beurteilung erfolgt durch den Arzt.

Disability of Arm-Shoulder-Hand (DASH) (61)

Dieser Fragebogen bewertet im wesentlichen die Aktivität und in weiterer Folge Schaden, Partizipation und Kontext-Faktoren.

RÜCKENSCHMERZEVALUATION

Hannover Fragebogen (FFbH-R) (50, 67)

Er erfaßt die Auswirkungen von Rückenschmerzen auf die Alltagsfähigkeit. Validität, Reliabilität und Veränderungssensitivität ist nachgewiesen. Wird patientselbstadministriert. Wird im deutschsprachigen Raum vielfach verwendet.

Roland Morris Fragebogen (69, 92)

Erfasst Dimensionen wie Schmerz, körperliche Aktivität. Patientenselbstadministriert. Eine validierte deutsche Fassung liegt vor.

Osteoporosis Quality of Life Questionnaire (45)

Erfasst die Lebensqualität bei Osteoporose. Besonders gut bei stark beeinträchtigten Patientinnen. In Deutsch validiert.

EVALUATION DER SPONDYLARTHROPATHIEN**BASFI (70, 71, 73)**

Er ist ein 10 Item-Selbstfragebogen, der spezifische Aktivitäten des täglichen Lebens erfasst. Er ist valide und reliabel und verlaufempfindlich. Eine deutsche Fassung ist in Validierung.

EVALUATION DER CHRONISCHEN POLYARTHRITIS

1) KRANKHEITSAKTIVITÄT

Visuelle Analogskala (VAS) (12)

Messung der Schmerzintensität mittels der Verwendung einer 10 cm langen Messstrecke.

EULAR 28-Joint Score (30)

Empfindlichkeit und Schwellung werden für jedes Gelenk gesondert bewertet. Die Bewertung erfolgt in einer Skala von 0 und 1. Ein schnelles, leicht zu handhabendes Instrument. Die Variabilität verschiedener Untersucher kann durch eine Standardisierung der Untersuchungsmethoden in einem Standardisierungsseminar reduziert werden.

Ritchie Articular Index (RAI) (68)

Mit dem RAI werden 53 Gelenke einschließlich der Fußgelenke in Bezug auf die Empfindlichkeit eingestuft. Diese Methode kann selbst kleine Veränderungen der Gelenkempfindlichkeit feststellen. Die Reproduzierbarkeit bei ein- und demselben Beobachter ist befriedigend, bei mehreren Beobachtern können die Abweichungen jedoch groß sein.

Disease Activity Score (DAS) (34)

Der modifizierte DAS ist aus 4 (auch eine Version mit 3 ist existent)

Krankheitsaktivitätsparametern zusammengesetzt: druckschmerzhafte Gelenke, geschwollene Gelenke (jeweils für den 28-Gelenks-Score gültig: er ist am einfachsten durchführbar und besitzt gleiche Sensitivität wie die Scores, die mehr Gelenke testen), Blutsenkungsgeschwindigkeit, Angabe der Krankheitsaktivität durch den Patienten.

Im Allgemeinen wird bei einem Wert von $< 3,2$ von niedriger, zwischen $3,2$ und $5,1$ von mittlerer, $> 5,1$ von hoher Krankheitsaktivität ausgegangen. Ein Wert von $< 2,6$ gilt als Remission. Der DAS wird am idealsten über computergestützte Programme ausgewertet, die aufgrund der Angaben des Arztes den Score direkt berechnen.

Simplified Disease Activity Index (SDAI) (78)

Gekürzte Form des DAS. Ist ohne computergestütztes Programm einfach zu berechnen.

Rheumatoid Arthritis Disease Activity (RADAI) (79)

Der RADAI-Fragebogen ergibt einen Index zur Bestimmung der Krankheitsaktivität der vollständig durch Selbsteinschätzung des Patienten gewonnen wird. Er kombiniert gegenwärtige und vergangene Krankheitsaktivität, Schmerzen, Morgensteifigkeit und eine Gelenkzählung. Erfasst relevante Veränderungen der Krankheitsaktivität, er ist kurz, leicht zu benutzen, validiert und zuverlässig.

Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR) (57)

Es handelt sich dabei um einen Patientenselbstbewertungsfragebogen, welcher valide und sensitiv gegenüber Veränderungen ist. Es ist ein Zweiseitenfragebogen mit Fragen über Krankheitsaktivität, klinischem Status, Gelenkschmerz. Der Patient kann ihn alleine bewerten und bezieht sich ausschließlich auf Erscheinungen und Symptome der cP.

Radiologische Kriterien

Hier wird auf die Bewertung nach der **Sharp-Methode** (74) und der **Larsen-Dale-Methode** (53) hingewiesen.

Bei der Sharp-Methode wird eine Anzahl von Hand- und Handwurzelgelenken auf einer Skala in Bezug auf Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung eingestuft. Die Larsen-Methode bedient sich der Bewertung radiologischer Veränderungen im Vergleich zu einer Serie von Referenz-Röntgenaufnahmen.

2) FUNKTIONSBEURTEILUNG

Health Assessment Questionnaire (HAQ-Score) (29, 73)

Der HAQ ist der am häufigsten angewandte Funktionsscore bei der cP. Er evaluiert 20 Funktionen des täglichen Lebens (Aktivitätsebene) in 4 Graduierungen. Der Fragebogen ist für die Selbstadministration. Die Ergebnisse weisen zwar eine gewisse individuelle Schwankungsbreite bei Wiederholungsmessungen auf, messen aber sehr exakt die durch aktuelle entzündliche Veränderungen bestehenden und die durch Folgeschäden entstandenen Beeinträchtigungen. Allerdings gehen auch psychologische Faktoren, psychosoziale Faktoren, Co-Morbiditäten, Alter der Patienten in die subjektive Bewertung ein.

Der HAQ-Score ist auch als prognostischer Parameter von Wert. Eine deutsche validierte Version existiert (14).

Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ-Score) (63)

Gekürzte Form des HAQ von 20 Fragen auf 8. Versucht eine Antwort zu geben zur Patientenzufriedenheit in Beziehung zum Ausmaß der Veränderungen bei abgefragten Schwierigkeiten im täglich Leben. Eine Deutsch validierte Fassung liegt nicht vor.

Hannover-Fragebogen (FFbH-P) (47)

Selbstfragebogen zur Erfassung definierter Aktivitäten des täglichen Lebens. Er umfaßt 12 Fragen, ist validiert und im deutschen Sprachraum eingesetzt.

AIMS-2 (38, 59, 60, 72, 73)

Er wurde speziell für die cP entwickelt und enthält 48 multiple choice Fragen zu Dimensionen des Gesundheitsstatus: Mobilität, Armfunktion, körperliche Aktivität, Geschicklichkeit, soziales Rollenverständnis, Arbeitssituation, Unterstützung durch Familie und Freunde, soziale Aktivitäten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Zufriedenheit, Depression, Ängstlichkeit und Schmerz. Die Fragen werden vom Patienten selbst ausgefüllt. Eine deutsche validierte Fassung liegt vor. Die deutsche Fassung wird auch als MOPO (measurement of patient outcome) bezeichnet. AIMS-2 beurteilt nicht nur die Aktivität sondern auch Körper, Partizipation und Kontextfaktoren.

KRANKHEITSÜBERGREIFENDE GESUNDHEITSSCORES

Medical outcome study short form-36 (MOS-SF-36) (73, 89)

Der MOS SF-36 ist ein krankheitsunspezifischer Kurzfragebogen des allgemeinen patientenzentrierten Gesundheitsstatus.

Dimensionen: körperliche, seelische und soziale Funktionen, verändertes Rollenverhalten infolge körperlicher und seelischer Störungen, Vitalität (Leistungsfähigkeit), Gesundheit, Schmerzen sowie Veränderungen des Gesundheitsstatus in der Zeit.

Der Fragebogen kann als Selbstfragebogen, als Interview und über EDV-Medien (Touchscreen) administriert werden.

Die Auswertung erfolgt über eine spezielle Software. Prinzipiell werden alle Dimensionen separat, zusätzlich Summenscores der psychischen Komponente (MCS-mental component summary) und der körperlichen Komponente (PCS – physical component summary) berechnet.

2 Formen existieren: Gesundheitsstatus der letzten 7 Tage oder 4 Wochen

Validierte Übersetzungen für viele Sprachen inkl. Deutsch liegen vor.

Der MOS SF-36 (Medical Outcome Study short form 36) ist der am breitesten angewendete Fragebogen zur Erfassung des (patientenbezogenen) allgemeinen Gesundheitsstatus.

Nottingham Health Profil/Index (NHP/NHI) (48, 73)

NHP und der Nachfolger NHI erfassen körperliche, soziale und emotionale Gesundheit mit 38 Fragen. Das Instrument ist ein Selbstfragebogen. Eine validierte deutsche Fassung des NHP ist verfügbar. NHP erfaßt eher ausgeprägte Symptome/Probleme. Die Zuverlässigkeit und Validität sind bei Patienten mit cP und Arthrose sowie bei Patienten mit geplanter Hüftgelenkersatzoperation beurteilt worden.

Indikatoren des Reha-Status (IRES) (33)

Dieser Fragebogen besteht aus 47 Items aus 6 Subskalen: Gesundheit, Familie und Freunde, alltägliche Sorgen und Probleme, gesundheitliche Einschränkungen im alltäglichen Leben, Beruf, Angaben zur Person. Deckt sich gut mit den Kategorien Körper, Aktivität, Partizipation und Kontext. Der notwendige Zeitbedarf schränkt jedoch seine Brauchbarkeit für die Routine deutlich ein.

Quality of Well-Being Index (QWBI) (42, 73)

Er erfaßt die Mobilität, körperliche und soziale Aktivität. Ein geschulter Interviewer ist Bedingung. Eine deutsche Validierung existiert nicht.

Sickness Impact profile (SIP) (9, 24, 46, 73)

Es ist ein 136 Item-Instrument zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitsstatus (Bewegung, Körperpflege, Mobilität, emotionales Verhalten, Aufmerksamkeit, Kommunikation, Arbeit, Schlaf, Ruhe, Essen, Haushalt, Freizeit). Er ist als Selbstfragebogen und als Interview verfügbar. Er wurde international in mehreren Studien mit Arthritis-Patienten verwendet. Eine validierte deutsche Version ist vorhanden.

European Quality of Life (EuroQoL) (28)

Er spiegelt den Gesundheitszustand als auch den Wert des Gesundheitszustandes für den Patienten wider (Mobilität, Selbstversorgung, Aktivität, Schmerz, Unwohlsein, Angst, Depression). Er wird ausgiebig eingesetzt, insbesondere in Europa. Er existiert als Selbstbeurteilung und als Interview. Eine deutsche Fassung liegt wohl vor, aber in der Literatur findet sich kein Hinweis auf Evaluation der deutschen Fassung.

Quality of Life Measures in Chronic Fatigue/Fatigue Impact Scale (Facit) (94)

Die Fatigue Impact Scale berücksichtigt Einschränkungen der Lebensqualität durch „fatigue“. Berücksichtigt kognitive, physische und soziale Aspekte. Er wird verwendet für Patienten mit „Chronic Fatigue Immun Dysfunction Syndrom, Multiple Sclerosis“ und anderen Erkrankungen, welche mit „fatigue“ als vordergründiges klinisches Syndrom einhergehen.

IMPAIRMENT

Definition In the context of health experience, an impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological, or anatomical structure or function

(Note: „Impairment“ is more inclusive than „disorder“ in that it covers losses – e.g., the loss of a leg is an impairment, but not a disorder)

Characteristics Impairment is characterized by losses or abnormalities that may be temporary or permanent, and that include the existence or occurrence of an anomaly, defect, or loss in a limb, organ, tissue, or other structure of the body, including the systems of mental function. Impairment represents exteriorization of a pathological state, and in principle it reflects disturbances at the level of the organ

Die körperliche Ebene (impairment) wird nach der revidierten Fassung der WHO (ICIDH-2, 2000) unterteilt in eine (anatomische) Strukturebene, eine körperliche und geistig/seelische Funktionsebene.

Empfohlene Bewertungsinstrumentarien: z.B. Ritchie-Index (68), Larsen-Score (53), Sharp-Score (74), EULAR 28-Jointscore (30), DAS (34), SDAI (78), RADAI (79), VAS (12), Neutral-0-Methode (21) (diese sind eindimensional, schadensbezogen).



ACTIVITY (disability)

Definition In the context of health experience, a disability is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being

Characteristics Disability is characterized by excesses or deficiencies of customarily expected activity performance and behaviour, and these may be temporary or permanent, reversible or irreversible, and progressive or regressive. Disabilities may arise as a direct consequence of impairment or as a response by the individual, particularly psychologically, to a physical, sensory, or other impairment. Disability represents objectification of an impairment, and as such it reflects disturbances at the level of the person

Disability is concerned with abilities, in the form of composite activities and behaviours, that are generally accepted as essential components of everyday life. Examples include disturbances in behaving in an appropriate manner, in personal care (such as excretory control and the ability to wash and feed oneself), in the performance of other activities of daily living, and in locomotor activities (such as the ability to walk)

Aktivität: Bewertet Art und Ausmass der Funktionsfähigkeit eines Individuums auf seiner persönlichen Ebene.

Empfohlene Bewertungsinstrumente: MHAQ (63), HAQ (eindimensional, Einschränkungen der persönlichen Aktivität) (29, 73), FFBH-P (47), FFBH-R (47), AIMS-2 (72, 73), Roland Morris (69).

PARTICIPATION (handicap)

Definition In the context of health experience, a handicap is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex, and social and cultural factors) for that individual

Characteristics

Handicap is concerned with the value attached to an individual's situation or experience when it departs from the norm. It is characterized by a discordance between the individual's performance or status and the expectations of the individual himself or of the particular group of which he is a member. Handicap thus represents socialization of an impairment or disability, and as such it reflects the consequences for the individual – cultural, social, economic, and environmental – that stem from the presence of impairment and disability.

Disadvantage arises from failure or inability to conform to the expectations or norms of the individual's universe. Handicap thus occurs when there is interference with the ability to sustain what might be designated as „survival roles“

Classification

It is important to recognize that the handicap classification is neither a taxonomy of disadvantage nor a classification of individuals. Rather is it a classification of circumstances in which disabled people are likely to find themselves, circumstances that place such individuals at a disadvantage relative to their peers when viewed from the norms of society

Partizipation: Art und Ausmass der Beteiligung eines Individuums an der Lebenssituation und an den Aktivitäten anderer Individuen.

Empfohlene Bewertungsinstrumentarien: Eindimensionale Instrumente zur Bewertung der Partizipation stehen nicht zur Verfügung. Die Partizipation wird aber in einigen mehrdimensionalen Bewertungsinstrumenten berücksichtigt: IRES (33), SIP (9, 46, 73), MOS-SF-36 (73, 89), WHO-Qol-Bref (77), NHP (48, 73), EURO-Qol (28) u.a.

CONTEXTUAL FACTORS :

Darunter versteht man Umgebungs- und Persönlichkeitsfaktoren. Diese wurden in der ICDH-2 Version eingefügt.

Diese Faktoren können Störungen auf den ersten 3 Ebenen (Körper, Person, Gesellschaft) positiv oder negativ beeinflussen. Zu den Contextual Factors gehören:

- a) Umgebungsfaktoren (Sozialsystem, Politik, Religion, Klima, Gesetzgebung, Architektur)
- b) Persönlichkeitsfaktoren (Alter, Geschlecht, Coping-Strategien, Bildung, Beruf, Verhaltensmuster, Vorerfahrungen, sozialer Hintergrund).

Kontextfaktoren: Persönliche Einflüsse (interne Faktoren) sowie die aktuellen Lebensumstände (externe Faktoren) eines Individuums.

NB: Textierungen gemäss „männlichen Geschlechts“ gelten sinngemäss auch für das weibliche Geschlecht.



LITERATURÜBERSICHT DER ZITIERTEN INSTRUMENTARIEN FÜR DIE PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT

- 1) Aletaha D, Smolen JS:
Laboratory testing in rheumatoid arthritis patients taking disease-modifying Antirheumatic drugs: clinical evaluation and cost analysis.
Arthritis Rheum 47 (2): 181-188 (2002)
- 2) Ammer K., Bochdansky T, Prager C:
Deutsch evaluierte Ergebnis-Messwerkzeuge bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und die Kategorien des ICDH-2.
ÖZPMR 10/1, 18–22 (2000)
- 3) Arnett FC et al.:
The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 31: 315-324 (1988)
- 4) Austin HA 3rd, Muenz LR, Joyce KM, Antonovych TA, Kullick ME, Klippel JH, Decker JL, Ballow JE:
Prognostic factors in lupus nephritis. Contribution of renal histologic data.
Am J Med 75 (3) 382-391 (1983)
- 5) Austin HA 3rd, Boumpas DT, Vaughan EM, Balow JE:
Predicting renal outcomes in severe lupus nephritis: contributions of clinical and histologic data.
Kidney Int 45 (2) 544-550 (1994)
- 6) Backhaus M, Burmester GR, Gerber T, Grassi W, Machold KP, Swen WA, Wakefield RJ, Manger B:
Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology.
Ann Rheum Dis 60: 641-649 (2001)
- 7.) Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH et al.:
A health status instrument for measuring clinical important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee.
J Rheumatol 15: 1833–1840 (1988)
- 8.) Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH et al.:
Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically-important and patient-relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis.
J Ortho Rheumatol 1: 95–108 (1988)
- 9.) Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS:
The sickness impact profile (SIP): Validation of a health status measure.
Med Care 14: 57–67 (1976)
- 10) Bombardier C, Tugwell P:
Methodological considerations in functional assessment.
J Rheumatol (Suppl 15) 14: 6-10 (1987)

- 11) Bombardier Q, Gladmann DD, Urowitz MB et al.:
Derivation of the SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index).
A disease activity index for lupus patients.
Arthritis Rheum 35: 630-640 (1992)
- 12) Bosi Ferraz M, Quaresma MR, Aquino LRL et al.:
Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients in rheumatoid
Arthritis.
J Rheumatol 17: 1022-1024 (1990)
- 13) Bröll H et al.:
Magenschutz bei NSARs.
Konsensus-Statement 2001
CliniCum, Sonderausgabe (Mai 2002)
- 14) Brühlmann P, Stucki G, Michel BA:
Evaluation of a german version of the physical dimensions of the Health Assessment
Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis.
J Rheumatol 21: 1245-1249 (1994)
- 15) Bullinger M, Kirchberger I, Ware J:
Der deutsche SF-36 Health Survey.
Z Gesundheitswissenschaften 3: 21-37 (1995)
- 16) Calin A, Garrett S, Whitlock H, Kennedy LG, O'Hea J Mallorie P, Jenkinson T:
A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: The development
of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index.
J Rheumatol 21: 2281-2285 (1995)
- 17) Constant CR et al.:
A clinical method of functional assessment of the shoulder.
Clin Orthop Relat 214: 160-164 (1987)
- 18) Constant CR:
Schulterfunktionsbeurteilung.
Orthopäde 20: 289-294 (1991)
- 19) Czembirek H, Frühwald F, Kainberger F:
Orientierungshilfe Radiologie, Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen
Radiologie.
Österreichische Ärztekammer, 2. Auflage, 2002, ISBN: 3-901488-02-2
- 20) Daniels L, Worthingham C:
Muskelfunktionsprüfung, manuelle Untersuchungstechniken. 5. Auflage.
Fischer, Stuttgart (1985)
- 21) Debrunner HU:
Gelenkmessung (Neutral-0-Methode), Längenmessung, Umfangmessung.
AO-Bulletin, Bern (1971)

- 22) Deyo RA, Andersson G, Bombardier C, Cherkin DC, Keller RB, Lee CK, Liang MH, Lipscomb B, Shekelle P, Spratt KF, Weinstein JN:
Outcome measures for studying patients with low-back pain.
Spine 19: 2032S-2036S (1994)
- 23) Deyo RA:
Measuring the functional status of patients with low back pain.
Arch Phys Med Rehabil 69: 1044-1053 (1988)
- 24) Deyo RA:
Comparative validity of the Sickness Impact Profile and shorter scales for functional assessment in low-back pain.
Spine 11: 951-954 (1986)
- 25) Deyo RA:
Measuring functional outcomes in therapeutic trials for chronic disease.
Controlled Clinical Trial 5: 223-240 (1984)
- 26) Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU:
Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten.
Der Schmerz 8: 100-110 (1994)
- 27) Fairbank JCT, Couper J, Davies JB, O'Brien JP:
The Oswestry Low Back Disability Questionnaire.
Physiotherapy 66: 271-273 (1980)
- 28) Fransen M, Edmonds J:
Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee.
Rheumatology 38: 807-813 (1999)
- 29) Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman HR:
Measurement of patient outcome in arthritis.
Arthritis Rheum 23: 137-145 (1980)
- 30) Fuchs HA, Pincus T:
Reduced joint counts in controlled clinical trials in rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 37: 470-475 (1994)
- 31) Doherty M, Doherty J (eds):
Clinical examination in Rheumatology.
Wolfe Pub Ltd. London (1992)
- 32) Gerbershagen U:
Organisierte Schmerzbehandlung – Eine Standortbestimmung.
Internist 27: 459-469 (1986)
- 33) Gerdes N, Jäckel W:
Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation
Blatt 2. Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung.
Rehabilitation 34: XIII – XXIV (1995)

- 34) Gestel van A, Haagsma CJ, Riel van PLCM:
Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria that include simplified joint Counts.
Arthritis Rheum 41: 1845-1850 (1998)
- 35) Grönblad M, Hupli M, Wennerstrand P, Järvinen E, Lukinmaa A, Kouri JP, Karaharju EO:
Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity of low back pain patients.
Clinical Journal of Pain 9: 189-195 (1993)
- 36) Harris WH:
Traumatic Arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by Mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation.
Journal of Bone and Joint Surgery 51-A: 737-755 (1969)
- 37) Huskisson EC:
Visual analogue scales, Pain Measurement and Assessment. Edited by R Melzack.
New York, Raven Press pp 33-37 (1983)
- 38) Husted J, Gladman DD, Farewell VT, Long JA:
Validation of the revised and expanded version of the Arthritis Impact Measurement Scales for patients with psoriatic arthritis.
J Rheumatol 23: 1015-1019 (1996)
- 39) Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A:
Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index.
J Rheumatol 21 (9): 1694-1698 (1994)
- 40) Joos E, Peretz A, Beguin S, Famaey JP:
Reliability and reproducibility of Visual Analogue Scale and Numeric Rating Scale for Therapeutic evaluation of pain in rheumatic patients. Letter, comment.
J Rheumatol 18: 1269-1270 (1991)
- 41) Kässer U, Grommnica-Ihle E, Lemmel E-M, Bolten WW:
Therapie rheumatischer Erkrankungen während Schwangerschaft und Stillzeit. Ein Leitfanden für Behandelnde.
Novartis-Pharmaverlag (1998)
- 42) Kaplan RM, Bush JW, Berry CC:
Health status: types of validity for an index of well-beeing.
Health Serv Res 11: 478-507 (1976)
- 43) Kellgren JH, Lawrence JS:
Radiological assessment of osteoarthritis.
Ann Rheum Dis 16: 494-501 (1957)
- 44) Kellgren JH et al.:
The epidemiology of chronic rheumatism.
Atlas of Standard Radiographs. Vol. 2. Oxford: Blackwell Scientific, (1963)

- 45) Kerschán-Schindl K, Uher E, Preisinger E, Pietschmann P:
Anwendung des in die deutsche Sprache übersetzten Osteoporosis Quality of Life
Questionnaire (OQLQ)
Wien Klin Wochenschr 111 (15): 608-611 (1999)
- 46) Kessler S, Jäckel WH, Cziske R, Potthof P, Jacobi E:
Sickness Impact Measurement Scales: Validierung einer deutschen Version.
Z Rheumatol 49 (Suppl 1): 48 (1990)
- 47) Kohlmann T, Raspe HH:
Descriptive Epidemiologie chronischer Schmerzen. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg.):
Psychologie des Schmerzes – Diagnose und Therapie.
Psychologie-Verlagsunion, Weinheim (1992)
- 48) Kohlmann T, Bullinger M, Kirchberger-Blumstein I:
Zur Messung von Dimensionen der subjektiven Gesundheit: Die deutsche Version des
„Nottingham Health Profile“ (NHP). Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung.
SozPräventivmed 42: 175-185 (1997)
- 49) Kohlmann T, Raspe HH, Markus H, Peschel U:
Zur Messung der subjektiven Gesundheit in der Rheumatologie: Die deutsche Version
des „Nottingham Health Profile“ (NHP).
Z Rheumatol 51 (Suppl 2): 49 (Abstract Nr. 192) (1992)
- 50) Kohlmann T, Raspe HH:
Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Funktionsbeeinträchtigung durch
Rückenschmerzen (FFbH-R).
Rehabilitation 35 :I-VIII (1986)
- 51) Kolarz G, Singer F:
EDV-Rheumadokumentation „RHEUMexpert“.
Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie (1998)
- 52) Krämer KL, Maichl FP (Hrsg.):
Scores, Bewertungsschemata und Klassifikationen in der Orthopädie und Traumatologie.
Thieme Verlag. Stuttgart, New York, (1993)
- 53) Larsen A, Dale K, Eek M:
Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis and related conditions by standard
reference films.
Acta Radiol Diagn 18: 481–491 (1977)
- 54) Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P:
Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation – value in
Comparison with other assessment tests.
Scand J Rheumatology (Suppl 65) 85-89 (1987)
- 55) Lequesne MG et al.:
Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis.
J Rheumatol (Suppl 41) 21: 65-73 (1994)

- 56) Lequesne MG:
Klinische und röntgenologische Verlaufsbeobachtung bei Hüft- und Kniearthrosen –
Methoden und Ergebnisse.
Z Rheumatol 53: 243-249 (1994)
- 57) Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF, Haralson KM, Lewis-Stevens D, Kaine JL:
The Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR) questionnaire.
Arthritis Rheum 35: 156-162 (1992)
- 58) McHorney CA, Ware JE, Raczek AE:
The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36):II. Psychometric and clinical tests of
validity in measuring physical and mental health constructs.
Medical Care 31: 247-263 (1993)
- 59) Meenan RF, Gertmann PM, Mason JH:
Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales.
Arthritis Rheum 23: 146-152 (1980)
- 60) Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE:
AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact
Measurement Scales Health Status Questionnaire.
Arthritis Rheum 35: 1-10 (1992)
- 61) Navsarikar A, Gladman DD, Husted JA, Cook RJ:
Validity assessment of the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire
(DASH) for patients with psoriatic arthritis.
J Rheumatol 26: 2191-2194 (1999)
- 62) Ng CL, Ho DD, Chow SP:
The Moberg pickup test: Results of testing with a standard protocol.
J Hand Ther 12: 309-331 (1999)
- 63) Pincus T, Summey JA, Soraci SA, Wallston KA, Hummon NP:
Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified
Stanford health assessment questionnaire (MHAQ).
Arthritis Rheum 26: 1346-1349 (1983)
- 64) Pincus T, Brooks RH, Callahan LF:
Reliability of grip strength, walking time and button test performed to a standard protocol.
J Rheumatol 18: 997-1000 (1991)
- 65) Prevoo MML, van Riel PLCM, van't Hof MA et al.:
Validity and reliability of joint indices. A longitudinal study in patients with recent
Onset rheumatoid arthritis.
Br J Rheumatol 32: 589-594 (1993)
- 66) Prevoo MML, van't Hof MA, Kuper HH et al:
Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts.
Arthritis Rheum 38: 44-48 (1995)

- 67) Raspe HH, Hagedorn U, Kohlmann T, Mattussek S:
Der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH): Ein Instrument zur Funktionsdiagnostik bei polyartikulären Gelenkerkrankungen.
In: Siegrist J (Hrsg.), Wohnortnahe Betreuung Rheumakrankter. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Evaluation eines Modellversuches.
Schattauer, Stuttgart, New York (1990)
- 68) Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, et al.:
Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis.
Quat J Med 37: 393-406 (1968)
- 69) Roland M, Morris R:
A study of the natural history of back pain. Part I. development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain.
Spine 8: 141 (1983)
- 70) Ruof J, Sangha O, Stucki G:
Evaluation einer deutschen Version des Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) und Dougados Functional Index (D-FI).
Z Rheumatol 58: 218-225 (1999)
- 71) Ruof J, Sangha O, Stucki G:
Comparative responsiveness of 3 functional indices in ankylosing spondylitis.
J Rheumatol 26: 1959-1963 (1999)
- 72) Sangha O, Stucki G, Longerich D, Liang MH, Herborn G, Rau R:
Responsiveness of clinical variables und health status instruments in rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 39: 158 (1996b)
- 73) Sangha O, Stucki G:
Patienten-zentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen: Übersicht über die wichtigsten Outcome-Instrumente.
Z Rheumatol 56:322-333 (1997)
- 74) Sharp JT, Lipsky MD, Collins LC, Moreland J:
Methods of scoring the progression of radiologic changes in rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 14: 206-220 (1971)
- 75) Sharp JT, Young DY, Bluhm GB et al.:
How many joints in the hands and wrists should be included in a score of radiologic abnormalities used to assess rheumatoid arthritis?
Arthritis Rheum 28: 1326-1335 (1985)
- 76) Singer C, Singer F:
Interaktionsmöglichkeiten nichtsteroidaler Antirheumatika mit häufig verwendeten Substanzen.
Folia rheumatologica, Novartis Pharma GmbH Wien, 3. Auflage (2000)
- 77) Skevington SM:
Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL.
Pain 76: 395-406 (1998)

- 78) Smolen JS, Breedveld FC, Schiff MH, Kalden JR, Emery P, Eberl G, van Riel PL, Tugwell P:
A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice.
Rheumatology (2003) in press
- 79) Stucki G, Liang MH, Stucki S, Brühlmann NP, Michel BA:
A selfadministered rheumatoid arthritis disease activity index (RADAI) for
Epidemiologic research.
Arthritis Rheum 38: 795-798 (1995)
- 80) Stucki G, Meier D, Stucki S, Michel BA, Tyndall AG, Dick W, Theiler R:
Evaluation einer deutschen Version des WOMAC (Wester Ontario und McMaster
Universities) Arthroseindex.
Z Rheumatol 55: 40-49 (1996)
- 81) Stucki G, Maier D, Stucki S, Michel BA, Tyndall AG, Elke R, Theiler R:
Evaluation einer deutschen Fragebogenversion der Lequesne Cox- und Gonarthrose-
Indizes.
Z Rheumatol 55: 50-57 (1996)
- 82) Tait RC, Pollard A, Margolis RB, Duckro PN, Krause SJ:
The Pain Disability Index: psychometric and validity data.
Arch Phys Med Rehabil 68: 438-441 (1987)
- 83) Tait RC, Chibnall JT, Krause S:
The Pain Disability Index: psychometric properties.
Pain 40: 171-182 (1990)
- 84) Thumb N, Bröll H, Czurda R, Siegmeth W, Smolen J (Hrsg.):
Praktische Rheumatologie
ISBN 3-211-83506-7 Springer Verlag Wien New York (2001)
- 85) Ulreich A et al:
Indikationsstellung zur stationären Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen
und Folgezuständen.
Arzt & Praxis 51: 893-895 (1997)
- 86) Vander Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM, van de Putte LBA:
Development of a disease activity score based on judgement in clinical practice by
rheumatologists.
J Rheumatol 20: 579-581 (1993)
- 87) Van Riel PL, van Gestel AM:
EULAR Handbuch der klinischen Untersuchung der rheumatoiden Arthritis.
Van Zuiden Communications B.V., ISBN 90-75141-90-4
- 88) Vitali C, Bencivelli W, Isenberg DA et al.:
Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group
of the European Workshop for Rheumatology Research. II. Identification of the variables
indicative of disease activity and their use in the development of an activity score
(ECLAM/European Community Lupus Activity Measure).
Clin Exp Rheumatol 10: 541-547 (1992)

- 89) Ware J, Sherbourne CD:
The MOS 36-item short form health survey (SF-36). A. Conceptual framework and item selection.
Med Care 30: 473-483 (1992)
- 90) Westhoff G (Hrsg.):
Handbuch psychosozialer Messinstrumente.
Hogrefe-Verlag für Psychologie, ISBN 3-801-70660-5
- 91) WHO:
International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF.
Geneva: WHO (2001)
- 92) Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M, Ebenbichler G, Wöfl G, Fialka-Moser V:
Cross-cultural adaption of the Roland-Morris Questionnaire for german-speaking patients with low back pain.
Spine 24: 1099-1109 (1999)
- 93) Witzmann G:
Kriterien zur Klassifikation von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
In: Praktische Rheumatologie, Hrsg.: Thumb N. et al, Springer 2001
- 94) Zella O, Webster K:
Linking outcome management to quality of life measurement. Functional assessment of Chronic illness therapy (FACIT).
Oncology 11: 232-235 (1997)

WEITERE LITERATURANGABEN:

- 95) Handbuch zur medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2003/2004
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.
- 96) „Rheumaseminar: Patientenschulung in der Rheumatologie“ in 6 Modulen, Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Deutsche Rheumaliga, Bundesverband e.v.:
Bezugsquellen: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Internet: www.rheumanet.org.
- 97) „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) Ausgabe 2000 der BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte).
Bezugsquelle: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Dezernat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Berlin (Wilmsdorf), Ruhrstrasse 2, D-10704 Berlin.
Internet: www.bfa-berlin.de
- 98) „Physiotherapiestandards“ des Berufsverbandes der Dipl. Physiotherapeuten Österreichs (für Nachbehandlung nach Hüft- und Kniegelenkersatz).
Bezugsquelle: Bundesverband der diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs, Köstlergasse 1/29, A-1060 Wien.
Internet: www.physio.at

99) Heilmittel-Richtlinien/HMR, III, 2000, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Bundesministerium für Gesundheit.

Internet: www.bmg.de

100) Ambulante Ergotherapie, Zulassungsbescheinigungen: gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der deutschen Krankenkassen 2001, Teil V, Ergotherapie.

IKK-Bundesverband.

Internet: www.ikk.de

101) Arbeitsergebnisse der Projektgruppe leitender DiätassistentInnen Österreichs.

Bezugsquelle: Verband der diplomierten DiätassistentInnen und ernährungsmedizinischen BeraterInnen Österreichs.

Raaber Bahngasse 3/2/8, A-1100 Wien.

102) Indikationskatalog ambulante Ergotherapie.

Herausgeber: DVE, Reinhild Färber et al., Schulze-Kirchner-Verlag, Idstein 2001.

103) Richtlinien für den Arzt zur Basistherapie der chronischen Polyarthrits und anderen entzündlich rheumatischen Gelenkerkrankungen.

Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie 2. Auflage, Nov. 2000.

