

Aspekte der Rehabilitation in Österreich

Arbeitsgruppe Rehabilitation der ÖGR



E. Wagner, A. Falkenbach, W. Kullich, K. Ammer, G. Eberl, R. Hawel, J. Kirchheimer, F. Mayrhofer, E. Mur, H. Schwann, F. Singer, M. Skoumal, A. Ulreich, A. Wicker, H. Zeindler

Die Arbeitsgruppe Rehabilitation der ÖGR hat sich zur Aufgabe gemacht, besonders die Qualitätsentwicklung, Outcome-Parameter, die Verbesserung der Wahrnehmung der Rehabilitation in der Öffentlichkeit, und neue Entwicklungen in Hinblick auf die stetige Verbesserung der rehabilitativen Medizin auf ihre Agenda zu schreiben.

Ziele für die Qualitätsentwicklung

- **Vorfeld der Rehabilitation:** Erhebung der rehabilitationsrelevanten Patientendaten durch die Zuweiser.
- **Fokussierungen:** genaue Evaluierung der somatischen Problematik (Hauptprobleme des Patienten sowie Schweregrad), Komorbiditäten, psychosoziale Komponente, Schmerzerleben und gegebenenfalls Chronifizierung der Schmerzerkrankung
- **Prä-Evaluierung:** in Zukunft vermehrtes Angebot an ambulanter Rehabilitation, daher Entscheidung über notwendige Maßnahmen und geeignetes Setting vorrangig. **Die Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose sind von tragender Bedeutung.**

Rehabilitationsbedürftigkeit (Stellung der Indikation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Funktionseinschränkung, Grundkrankheit und Komorbiditäten, Symptome und Beschwerdedauer, Chronifizierung, Risikofaktoren, Arbeitsfähigkeit, berufliche Belastung und Alltagsbewältigung ▪ Motivation, Krankheitsverarbeitung, ggf. Rentenbegehren
Rehabilitationsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung der individuellen körperlichen, psychischen, motivatorischen Möglichkeiten ▪ Darstellung der Summe aller Maßnahmen zum Erreichen des Rehabzieles ▪ Beeinträchtigung in Aktivität und Partizipation unter Einschluss von Kontextfaktoren = Rehabilitationsfähigkeit.
Rehabilitationsprognose	Beurteilung der Wahrscheinlichkeit ein angestrebtes Rehabilitationsziel zu erreichen
Rehabilitationsziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalisierung / Besserung / Kompensation / Stabilisierung der funktionellen Gesundheit. ▪ Abwendung von Beeinträchtigungen durch Adaptation der verbliebenen Fähigkeiten und Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten. ▪ Rehabilitation vor Berentung, Rehabilitation vor Pflege.

Strukturen und Prozesse der Rehabilitation

Im Rehabilitationswesen (als Teil des Gesundheitswesens) sind sowohl die ambulante (nahegelegene) als auch die stationäre (in Rehabzentren oder Frührehabilitation im Akutkrankenhaus) Rehabilitation gleichgestellt.

Erkrankungsphasen / Schweregrad

- **Forderung:** Klassifizierung und Graduierung der PatientInnen für orthopädische / rheumatologische Rehabilitation in Analogie zur Klassifizierung bei der Neurorehabilitation oder geriatrischen Rehabilitation
- **Wesentliche Aspekte für die Kostenträger und für das rehabilitative Zentrum:** genaue Zuteilung zum (abgestuften) Rehabilitationssetting sowie die finanzielle Komponente (Finanzierung nach Aufwand)

Ergebnisparameter / Outcome / Dokumentation

Geeignetes Instrumentarium :

- Vereinfachung unter Aspekten der Patientenakzeptanz, des benötigten Zeitrahmens für ein Assessment und der Aussagekraft
- Bevorzugung einfacher, realistischer Scores
z.B. SF-36: am häufigsten angewandt, ausgezeichnet im Gruppenvergleich, durch niedrige Veränderungssensitivität Rehabilitationserfolg beim individuellen Patienten nicht beurteilbar
HAQ (Health Assessment Questionnaire, bei RA): bei kurzzeitiger (z.B. dreiwöchiger) Rehabilitation nicht geeignet

Problematik :

- quantitativ unterschiedliche Erfassung mancher Outcomes von Impairment etc. (siehe Tabelle)
- Veränderungssensitivität von Funktionsscores: sehr abhängig von krankheitsbedingten Faktoren (Schweregrad, Krankheitsstadium, Strukturschäden, Depression u.a.), welche auf Anwendbarkeit generell bzw. auf ihre Interpretation größeren Einfluss haben
z.B HAQ: gut reversibel durch Therapie der Entzündung, in Spätstadien der ausgebrannten RA nur mehr bedingt,

Alternative zu herkömmlichen Outcome Instrumenten (in Anlehnung an den Goal Attainment Score) :

- Festlegung (eines oder mehrerer) Patienten/Arzt-bezogener (und ICF konformer) Ziele und Rangfolge der Wertigkeiten
- Beurteilung des Erreichten nach Rehabilitation
- Für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation sind längerfristige Nachuntersuchungen wertvoll

Tabelle (nach Ammer K.):

Score	Impairment, anatomisch	Impairment, körperliche Funktionsebene	Aktivität	Partizipation	Kontextfaktoren Persönliche Einflüsse	Kontextfaktoren Externe Faktoren
Pain disability index			29%	71%		
Nottingham Health Profile		66%	17%	17%		
EUROQoL		33%	33%	17%	17%	
DAS (disease activity score)		100%				
SF-36		72%	20%	5%	3%	
SF-12		25%	50%	17%	8%	
BASDAI		100%				
BASFI			100%			
WOMAC		67%	33%			
Roland & Morris Score		46%	42%	12%		
FFbH-Rücken			100%			