

AMBULANTE REHABILITATION in Wien

Hohenstein K*, Ammer K^o, Engelbert B[■], Alacamlioglu Y*, Amann-Griober H*, Korger A*, Thalhammer E, * Weiss-Grein M*, Prager Ch*, Hohenstein M^o, Arbes-Sertl B. +

+ Institut für Physikalische Medizin Neulinggasse (Ärztlicher Leiter: Frau Prim. Dr. Barbara Arbes-Sertl), Wien
* Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Donauespital (Vorstand: Prim. Dr. Christine Prager), Wien
^o Ludwig Boltzmann Forschungsstelle für Physikalische Diagnostik (Leiter: Prim. Prof. Dr. O. Rathkolb), Wien
[■] Gesundheitszentrum Physiko Andreasgasse (Leiter: Prim. Prof. Dr. O. Rathkolb), Wien
^o Institut für Informatik und Datenbanken Universität Wien

Zusammenfassung

Es wird über die Zwischenergebnisse des Multicenter-Pilotprojektes „Ambulante Rehabilitation“ im Donauespital berichtet.

Projektziel ist die Überprüfung der Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz einer ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation.

In das Projekt sind erwerbstätige Patienten mit körperlicher Einschränkung eingeschlossen, welche zusätzlich Defizite der Ebene Aktivität/Partizipation aufweisen. Projektschwerpunkte sind Assessment, engmaschige ärztliche Kontrollen und Dokumentation sowie intensive Therapie gemäß den ICF-Ebenen in einem Zeitraum von 4 bis 6 Wochen. Klare quantitative Vorgaben definieren das gewünschte Rehabilitationsziel.

Die bisher ausgewerteten Ergebnisse von 24 Patienten zeigen Verbesserungen im Bereich Aktivität: Verbesserung des HAQ-Summscores um durchschnittlich 8,9 Punkte (95% Konfidenzintervall $\pm 2,7$), eine Schmerzreduktion um durchschnittlich 39 mm (95% Konfidenzintervall ± 9) sowie eine Verbesserung der Gehzeit um 4 sec./10m (95% Konfidenzintervall $\pm 1,6$).

Die vorliegenden Daten stärken somit die Hypothese, dass wirksame Rehabilitation ambulant durchgeführt werden kann.

Summary

Preliminary results from the Donauespital within the multicenter pilot-project "out-patient rehabilitation" are reported.

Aim of the project was the evaluation of feasibility, effectiveness and acceptability of rehabilitation in an out-door setting.

Working patients with impairments and restrictions in activity and participation were included in the study. The project focused on the assessment and intensive physical therapy for 4 to 6 weeks which was tightly scheduled monitored and documented by a physician. Clear goals defined the aimed rehabilitation result.

Preliminary results from 24 patients showed improvements in activity- mean reduction of the HAQ-Sum-Score by 8.9 points (95% confidence interval $\pm 2,7$), mean pain reduction of 39 mm (95% CI ± 9) on the visual analogue scale and improvement of walking time by 4 sec/10m (95% CI $\pm 1,6$).

The data support the thesis, that rehabilitation can be effectively achieved in an out-patient setting.

Einleitung

Das Projekt „Ambulante Rehabilitation“ wurde in der letzten Ausgabe der ÖZPMR von Arbes-Sertl, Prager und Ammer [1] eingehend vorgestellt. Das Projektdesign ist im Detail ebendort nachzulesen. Die erste Phase des Projektes ist im Donauespital derzeit abgeschlossen, die bisher ausgewerteten Daten werden im Folgenden präsentiert und diskutiert.

Projektdesign

Vorgaben waren täglich durchgeführte physikalische Therapie im Mindestausmaß von 2 Stunden täglich durch 4(6) Wochen. Die Behandlung musste allen betroffenen ICF-Ebenen entsprechen, ein rein

Schadens zentrierter Rehabilitationsplan war nicht gestattet. Wöchentlich ärztliche Kontrollen und Dokumentation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt. Klar definierte Ziele beschrieben quantitativ die gewünschten Rehabilitationsergebnisse.

Für die Dokumentation der Veränderungen standen auf der **Körperebene** folgende Instrumente zur Verfügung:

Schmerz: Visuelle Analogskala (VAS): 0-100mm
Gelenkbeweglichkeit (ROM): Neutral-Null-Methode
Muskelkraft: 6-teilige Kraftgradskala nach Lovett
Gehgeschwindigkeit (10 m)



Tabelle 1 ICD-Diagnosen

Schulter (Kontraktur,Fraktur,RM-Ruptur,OP)
 Hüfte (TEP, OP, massive Coxarthrose)
 Knie (TEP, komplexe Knie-OP)
 Kreuzschmerz > 3 Monate
 Discusoperationen
 Cerebraler Insult

Die Aktivitätsebene wurde mit dem HAQ, Partizipation und Kontext wurden als Freitext erfasst. Die Patientenzufriedenheit wurde am Ende der rehabilitativen Behandlung mit einer VAS (0-100 mm) quantifiziert.

Einschlusskriterien

Patienten mit den ICD-10 Diagnosen (Tabelle 1) konnten aufgenommen werden, wenn neben Schädigungen im Sinne von Schmerzzuständen, Bewegungseinschränkung, Muskelschwäche oder De-

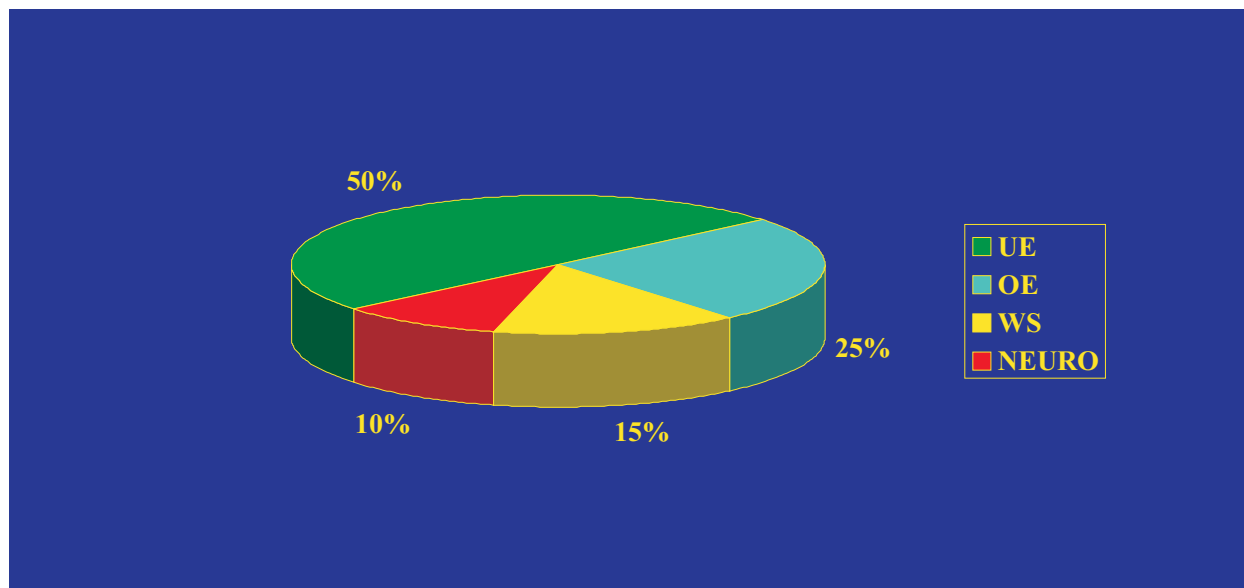


Abbildung 1
Verteilung der Diagnosen

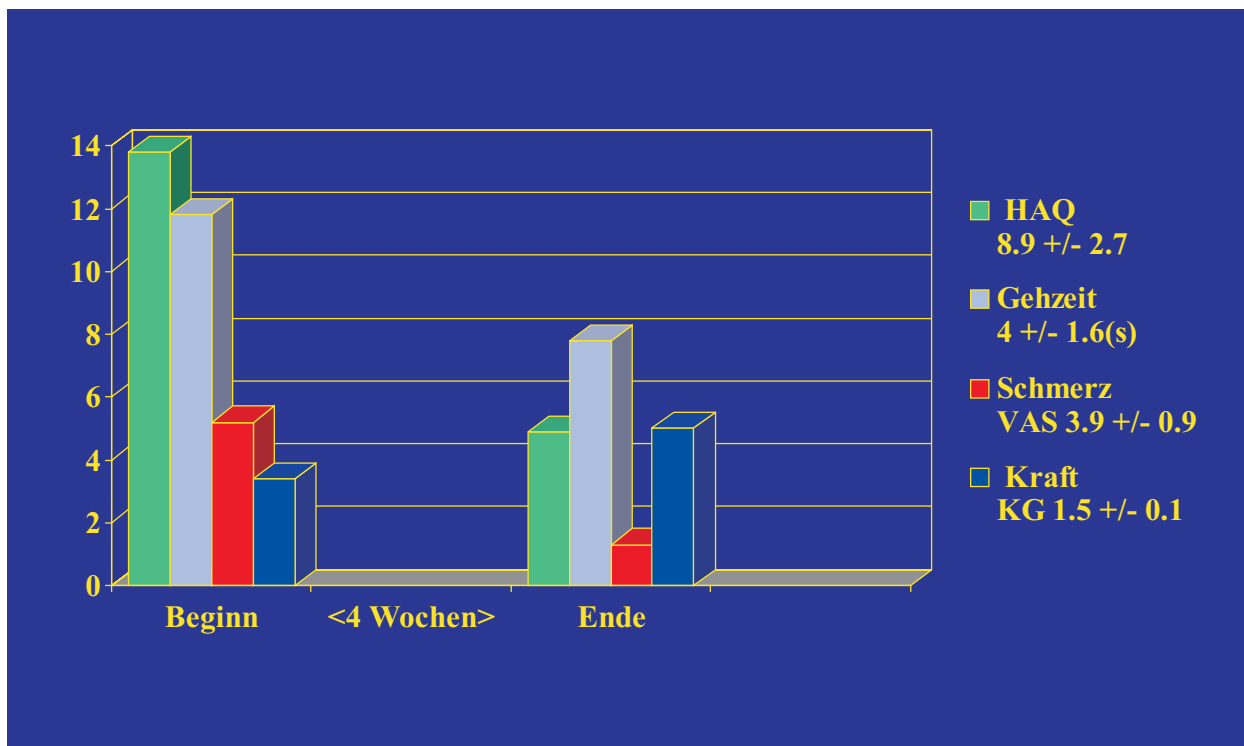


Abbildung 2
Veränderung am Schluss der Rehabilitation

konditionierung gleichzeitig eine relevante Aktivitätsstörung (= HAQ \leq 3) und/oder Partizipationsstörung vorlag. Der Kontext war mit Erwerbstätigkeit und Wohnnähe zur ambulanten Reha-Einrichtung beschrieben.

Ziele

Für eine erfolgreiche Rehabilitation waren für Körperebene und Aktivitätsebene minimale quantitative Veränderungen gefordert.

Körperebene

50% Schmerzreduktion (minimal 20 mmVAS)

Kraftgrad Verbesserung um 1

ROM-Defizitverbesserung um 30%

Verbesserung der Gehgeschwindigkeit um 20%

Aktivität

HAQ-Verbesserung um 1 Punkt im Summenscore

Die Kombination der Verbesserung eines körperlichen Parameters und der definierten Zunahme der Aktivität wurden als erfolgreiche Rehabilitation klassifiziert. Wenn keine Aktivitätserhöhung erzielt werden konnte, wurde eine Verbesserung von 3 körperlichen Parametern ebenfalls als erfolgreich durchgeführte Rehabilitation gewertet.

Ergebnisse

In das Projekt wurden 24 Patienten (14 Frauen und 10 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 39.7 Jahren (\pm 5.7 Jahre) eingeschlossen. 20 Patienten beendeten ihre Therapie wie geplant nach 4 Wochen, 4 Patienten brachen das Projekt vorzeitig ab. Ein Patient davon erschien nur zur Erstuntersuchung, eine Patientin wurde operiert, eine musste wegen Blutungen im Rahmen einer vorher nicht bekannten Schwangerschaft stationär aufgenommen werden und ein Patient konsumierte eine stationäre Rehabilitation.

Bei der Hälfte der Patienten war die untere Extremität betroffen, bei einem Viertel die obere, ein Viertel teilte sich in Patienten mit Wirbelsäulenproblemen und Insultpatienten. (Abbildung 1)

Bei Erst- und Enduntersuchung wurden Status und HAQ erhoben, bei den wöchentlichen Begutachtungen wurde der Status kontrolliert und die Therapie entsprechend adaptiert, die Gehzeit wurde wöchentlich von Physiotherapeuten gemessen. Die Therapie erfolgte werktags in einem Mindestausmaß von 2 Stunden täglich und beinhaltete Einzelheilgymnastik, Unterwassertherapie, medizinische

Trainingstherapie, Lokomotionstherapie, Massage und diverse Elektrotherapieformen.

Nach einer Therapiezeit von 4 Wochen kam es im Durchschnitt zu einer Schmerzreduktion von VAS 39 mm (\pm 9mm), zu einer Kraftgradverbesserung um 1.5 (\pm 0.1) und zu einer Verbesserung der Gehzeit/10 Meter um 4 Sek. (\pm 1.6) .

Auf Aktivitätsebene kam es zu einer Verbesserung um 8.9 (\pm 2.7) Punkte im HAQ Summenscore. (Abbildung 2)

Bei der Abschlussuntersuchung wurde die Patientenzufriedenheit mit VAS 92.4 mm (\pm 3.2mm) beurteilt (100mm = maximale Zufriedenheit).

Diskussion

Die vorliegenden Daten erhärten die Ansicht, dass ambulante Rehabilitation mit den vorhandenen Ressourcen machbar ist. Alle Patienten, die ihre Therapie 4 Wochen durchgeführt haben, erreichten das definierte Therapieziel. 16 von 20 sind wieder in ihrem bisher ausgeübten Beruf tätig, bei 3 Patienten wurde eine Umschulung eingeleitet, 1 Patient ist nicht mehr arbeitsfähig. Jene 4 Patienten, die vorzeitig ihre Therapie abgebrochen hatten, taten dies zu meist aus unvorhersehbaren, zwingenden medizinischen Gründen. Auffallend war die hohe Patientenzufriedenheit und die damit zusammenhängende hohe Motivation und gute Compliance. Im Abschlussgespräch zeigte sich vor allem bei Frauen mit Familie eine besonders hohe Akzeptanz der ambulanten Rehabilitation, einige sahen für sich gar keine andere Alternative.

Die im Projekt verwandten ICF-Strukturen vereinheitlichten den Untersuchungsgang und die Dokumentation. Der HAQ zeigte sich als praxistauglicher und veränderungssensitiver Score mit klarer Schwäche bei Insultpatienten.

Nach Auswertung der Daten aller beteiligten Institutionen muss das Gesamtprojekt diskutiert werden.

Literatur

1. Arbes-Sertl B, Prager C., Ammer K.: Ambulante Rehabilitation. ÖZPMR 2001, 11:21-28

Korrespondenzadresse des Autors

Dr. Klaus Hohenstein

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation
im Donauespital, Langobardenstr 122
1220 Wien

Email: Klaus.Hohenstein@SMZ.magwien.gv.at