

Kenntnisse und Anwendung von Assessments in der muskuloskelettalen Rehabilitation: Eine Umfrage in Spitälern und Rehabilitationskliniken der deutschsprachigen Schweiz

Peter Oesch, PT, Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens, Valens, E-Mail: p.oesch@klinik-valens.ch; Jan Kool, PT, Msc, Klinik Valens; Jan-Arie Overberg, PT; Merian Iselin Spital Basel; Guido Perrot, PT, Kurzentrum Rheinfelden; Kees Rigter, PT, Rehaclinic Zurzach; Birgit Ott, PT Zürcher Höhenklinik Wald; Heide Werfeli, PT, KS Aarau; Jolanda Möckli, Thurgauer Klinik St. Katharinental; Urs N. Gamper, PT, Klinik Valens

Anmerkung: Im Artikel steht die männliche Form für beide Geschlechter.

Schlüsselwörter:

Messinstrumente, Umfrage, Kenntnisse, Rehabilitation, Physiotherapie

Die Bedeutung von Assessmentssystemen wird allgemein anerkannt. Das Angebot nimmt ständig zu. Für eine fachgerechte Anwendung sind Kenntnisse der wissenschaftlichen Gütekriterien dieser Assessments nötig. Die Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation Bewegungsapparat (IGPTRB) hat diesen Kenntnisstand mithilfe einer Umfrage in 127 Spitälern der Deutschschweiz untersucht. Die Umfrage hat ergeben, dass die Deutschschweizer Physiotherapeuten über mässige Kenntnisse der wissenschaftlichen Gütekriterien verfügen. Um die Prozessqualität in der muskuloskelettalen Rehabilitation zu verbessern, ist es dringend nötig, dieses Wissen bereits in der physiotherapeutischen Grundausbildung zu vermitteln und auch postgraduierten Therapeuten entsprechende Fortbildungen anzubieten. Die zurzeit meistverwendeten Assessments messen fast ausschliesslich auf der Körperfunktionsebene. In der alltagsorientierten Rehabilitation sind jedoch Assessments nötig, die auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene messen.

ABSTRACT

The importance of assessment systems is generally recognised. The number of assessment systems on offer is constantly increasing. To ensure that the systems can be applied correctly, it is necessary to have knowledge of the scientific quality criteria employed for these assessments. The Interest Group for Physiotherapy for the Rehabilitation of the Locomotor System (Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation Bewegungsapparat – IGPTRB) conducted a survey of this knowledge by means of a questionnaire at 127 hospitals in German-speaking Switzerland. The survey revealed that physiotherapists in the German-speaking part of Switzerland had reasonable knowledge of the scientific quality criteria. In order to improve on process quality in musculo-skeletal rehabilitation, it is essential and a matter of urgency for this knowledge to be imparted during a physiotherapists basic training already and also for corresponding further training sessions to be offered to postgraduate therapists. The most widely-used assessments today conduct measurements almost exclusively at bodily-function level. In rehabilitation geared towards everyday life, however, it is necessary to have assessments which measure at activity and participation level.

EINFÜHRUNG

1999 wurde die Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation gegründet, mit dem Ziel, die Interessen der rehabilitativen Physiotherapie zu wahren und einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation zu leisten. Unter der Dachorganisation dieser Interessengemeinschaft arbeiten vier Gruppen in verschiedenen Fachrichtungen. Diese sind die IGPNR (Neurologie), die IGPTRB (Bewegungsapparat), die IGPTRKP (Kardiologie und Pneumologie) und die IPRG (Geriatric). Da die Bedeutung von Messinstrumenten oder Assessmentssystemen allgemein anerkannt wird und das Angebot ständig zunimmt, prüfen die vier Interessengemeinschaften im Rahmen ihrer Arbeit zur Qualitätssicherung die in der Rehabilitation verwendeten Assessments bezüglich deren wissenschaftlichen Gütekriterien und machen Empfehlungen zu deren Anwendung. Im Verlauf dieses Artikels werden zuerst relevante theoretische Hintergründe zu Assessments vertieft. Anschliessend berichten wir über eine Umfrage der IGPTRB betreffend muskuloskelettalen Assessments. Die Umfrage wurde bei Physiotherapeuten in deutschschweizer Spitälern und Rehabilitationskliniken durchgeführt.

ANWENDUNGSZIELE VON ASSESSMENTS

Assessmentssysteme sind Instrumente, die der qualitativen und quantitativen Erfassung des medizinischen Schadens und den aktuellen Folgen daraus, der funktionellen und psychosozialen Einschränkung dienen. Assessments können zur Diagnostik, zur Ergebniskontrolle und zu prognostischen Zwecken genutzt werden. Als Illustration beschreiben wir einen Patienten mit einer häufig vorkommenden Problematik.

Der 42-jährige Patient mit lumbalen Rückenbeschwerden und Schmerzausstrahlungen bis zum Fuss wird zur stationären Rehabilitation überwiesen. Die Beschwerden dauern nun schon sechs Monate und führten vor vier Monaten zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit als Gipser. Die Diagnose lautet auf ein lumbospondylogenes Syndrom bei Spondylarthrose und Osteochondrose L3–L5. Der Patient ist auch in seinen täglichen Verrichtungen eingeschränkt. Eine Mithilfe im Haushalt seiner vierköpfigen Familie ist ihm deswegen kaum möglich. Als Ziel der Rehabilitation nennt er eine Schmerzlinderung, damit er wieder an seine Arbeit im angestammten Beruf zurückkehren kann.

Welche Fragestellungen haben wir bei diesem zur Rehabilitation zugewiesenen Patienten?

Diagnostik (Behandlungsplanung)

Um das funktionelle Problem bei diesen unspezifischen Rückenbeschwerden zu analysieren, erfassen wir die persönliche und berufliche Anamnese, die Schmerzintensität mit der Numeric Rating Scale (NRS), die subjektiv empfundene Behinderung bei Rückenbeschwerden mit dem Oswestry Disability Questionnaire (ODQ), beurteilen Sensibilität, Kraft

und Reflexe, messen das Bewegungsausmass mit dem Hydrogoniometer und evaluieren die berufsrelevante funktionelle Leistungsfähigkeit (EFL). Die Palpation gibt Auskunft über beteiligte Strukturen des Bewegungsapparates.

Prognose

Das erklärte Ziel bei Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden ist die Rückkehr zur Arbeit. Es stellt sich die Frage, ob der Patient ein entsprechendes Rehabilitationspotenzial hat. Diese prognostische Aussage ist auf Grund der Schmerzintensität (NRS) und dem 3-Minuten-Stufentest möglich [1].

Ergebnis

Es stellt sich die Frage nach dem Effekt des Rehabilitationsaufenthaltes. Die beim Eintritt erhobenen, quantifizierenden Befunde können zur Ergebnismessung verwendet werden. Verfügt der Patient nun über die körperliche Leistungsfähigkeit für die bisherige Arbeit als Gipser oder nur noch für eine leichtere Tätigkeit? Sind seine Beschwerden unverändert? Empfindet er seinen Zustand gleich behindert wie beim Eintritt? Drei Monate und ein Jahr nach dem Rehabilitationsaufenthalt möchten wir wissen, ob der Patient wieder arbeitstätig ist.

GÜTEKRITERIEN FÜR ERGEBNISMESSUNGEN

Johnston hat im Zusammenhang mit der Benutzung von klinischen Ergebnismessungen wertvolle Richtlinien formuliert [2].

1. Die Praktikabilität ist bei der Wahl einer klinischen Messung sehr wichtig. Insbesondere der Aufwand für die Anschaffung, die Durchführung und die Schulung muss möglichst gering sein. In der klinischen Forschung ist man bereit, einen grösseren Aufwand zu treiben und wählt deshalb oft andere Messungen.
2. Benützer von Assessments sollen sich an die Anleitung halten. Das mag banal tönen, ist aber eine der wichtigsten Regeln, die eingehalten werden müssen. Kliniker tendieren oft dazu, Assessments durch Veränderungen an die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Die Validität und Reliabilität des neuen Assessments müssten dann aber neu bestimmt werden. Da die Ergebnisse der neuen Version eine andere Bedeutung haben als beim ursprünglichen Assessment, sind Vergleiche mit anderen Patientengruppen nicht mehr möglich.
3. Benützer sollen ausgebildet sein und über Erfahrung verfügen.
4. Kenntnisse von Validität, Zuverlässigkeit und Sensitivität gehören ebenso zum Basiswissen wie zum Beispiel die Anatomie und Physiologie. Damit kann ein Physiotherapeut in jeder Situation die richtigen Assessments wählen und die Neuerscheinungen auf dem Markt kritisch beurteilen.
5. Messungen sollen für das Patientenproblem relevant sein.
6. Aufwand und Ertrag müssen berücksichtigt werden.
7. Ergebnisse von Messungen mit unbekannter Zuverlässigkeit, Validität und Sensitivität müssen mit Vorsicht interpretiert werden.

Johnston berücksichtigt in der letzten Empfehlung, dass in vielen Situationen kein perfektes Assessment vorliegt und das momentan Beste gewählt werden muss. Diese Tatsache zeigt, dass der Autor nicht im Elfenbeinturm der Wissenschaftler sitzt, sondern die Realität der klinischen Arbeit als Ausgangspunkt nimmt. Wir müssen oft Kompromisse eingehen, da nur für einen Teil der täglich angewendeten Assessments der Nachweis über die Erfüllung aller Gütekriterien vorliegt.

In den Anwendungsgebieten Diagnostik, Prognostik und Ergebniskontrolle ist die Bedeutung der Gütekriterien unterschiedlich. Kenntnisse dieser Unterschiede sind notwendig für eine verantwortungs- und sinnvolle Auswahl der Assessments.

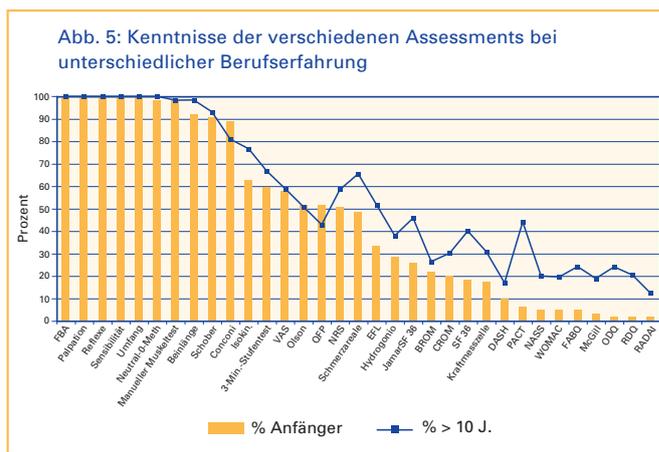
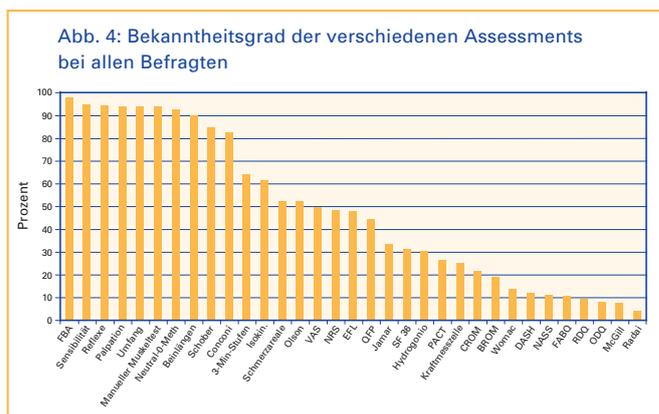
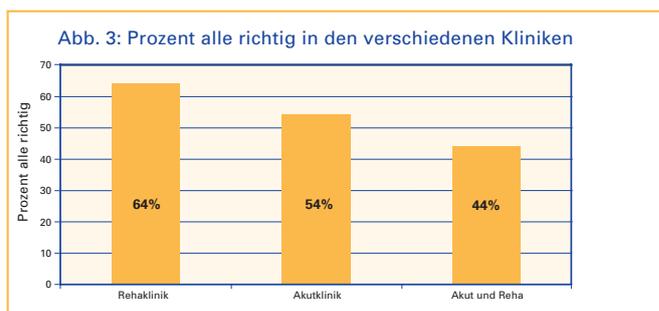
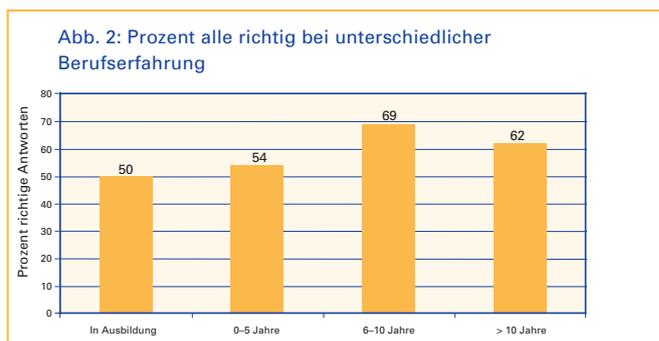
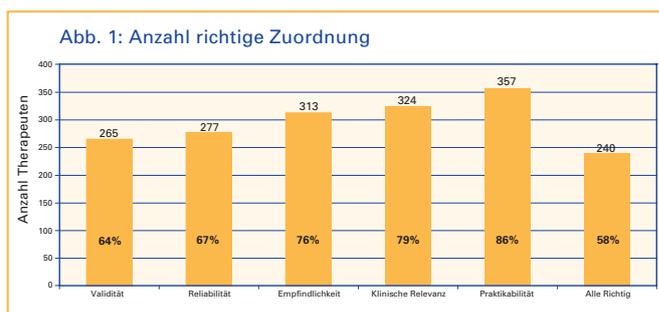
UMFRAGE

Die hier präsentierte Umfrage wurde von der Interessengruppe Physiotherapie Rehabilitation Bewegungsapparat (IGPTRB) durchgeführt. Interessiert haben die Kenntnisse der Physiotherapeuten bezüglich der wissenschaftlichen Gütekriterien von Assessments sowie dem Bekanntheitsgrad und der Anwendungshäufigkeit von muskuloskeletalen Assessments. Die Resultate dieser Umfrage dienen als Basis für die weitere Arbeit der IGPTRB zur Qualitätssicherung in der muskuloskeletalen Rehabilitation.

METHODE

Anlässlich eines Workshops der Physiotherapie Rehabilitation (PTR) haben die Mitglieder der IGPTRB in einem Brainstorming Assessments aufgelistet, welche von ihnen verwendet werden. Darauf entwickelte die IGPTRB einen vierseitigen Fragebogen in tabellarischer Form. In den Spalten wurden 33 Assessments aufgelistet, in den Zeilen die vier Hauptfragen. Auf der ersten Seite wurde nach dem beruflichen Hintergrund der ausfüllenden Person gefragt, auf der sechsten Seite abschliessende Fragen zu Assessmentssystemen gestellt. Als Grundlage diente ein Fragebogen «current use of outcome measures» [3], der entsprechend den Schweizer Bedürfnissen und unter Mithilfe eines fachkompetenten Beirats modifiziert wurde.

Der Entwurf unseres Fragebogens wurde durch angestellte Physiotherapeuten einiger Kliniken getestet. Es stellte sich heraus, dass eine Frage, in der die Befragten Validität und Reliabilität eines Assessment einzuschätzen hatten, nicht beantwortet werden konnte, weil die Validität nach verschiedenen Aspekten beurteilt werden kann. Im definitiven Fragebogen wurde dann nur nach der persönlichen Beurteilung gefragt. Dieser definitive Fragebogen wurde zusammen mit einem Begleitbrief, der die IGPTRB und den Zweck des Fragebogens kurz vorstellte, an 127 Spitäler und Rehabilitationskliniken in der Deutschschweiz sowie an ein Spital im Kanton Tessin versandt. Die Cheftherapeuten dieser Spitäler waren aufgefordert, den Fragebogen ihren angestellten Physiotherapeuten zum Ausfüllen zu verteilen, einzusammeln und an die IGPTRB zu retournieren.



RESULTATE DER UMFRAGE

64 Kliniken schickten total 413 Fragebogen ausgefüllt zurück. 47 Prozent der Therapeuten gaben an, in einer Rehabilitationsklinik zu arbeiten, 43 Prozent in einem Akutspital und 10 Prozent in einer Klinik mit Reha- und Akutabteilung. Befragt nach den Fachbereichen gaben 64 Prozent an, in der Chirurgie/Traumatologie zu arbeiten, 49 Prozent in der Neurologie und 89 Prozent in der Orthopädie/Rheumatologie (Doppelantworten waren möglich). 8 Prozent (n = 32) der Therapeuten gaben an, ausschliesslich in der Neurologie zu arbeiten. 8 Prozent der Befragten waren in Ausbildung (n = 34), 51 Prozent verfügten über null bis fünf Jahre Berufserfahrung (n = 211), 18 Prozent über sechs bis zehn Jahre (n = 74) und 23 Prozent mehr als 10 Jahre (n = 94). Der prozentuale Anteil von Auszubildenden und Therapeuten mit null bis fünf Jahren Berufserfahrung war mit 65 Prozent in den Rehabilitationskliniken höher als in den Akutspitalern (56 Prozent) oder in den gemischten Kliniken (54 Prozent).

Kenntnisse der wissenschaftlichen Gütekriterien

Zwischen 64 Prozent und 86 Prozent der Therapeuten konnten die richtigen Definitionen den einzelnen Gütekriterien zuordnen. Eine korrekte Zuordnung aller fünf Definitionen erreichten 58 Prozent (n = 240) der Therapeuten (siehe Abb. 1). Therapeuten in Rehakliniken zeigten bessere Resultate als jene in einem Akutspital oder einer gemischten Klinik (siehe Abb. 3). Dies trifft auch für die Therapeuten in Ausbildung und für die Berufsanfänger zu. 60 Prozent dieser Gruppe, die in einer Rehaklinik arbeiten, antworteten richtig, während nur 46 Prozent dieser Gruppe in «Nicht-Rehakliniken» richtig antworteten. Therapeuten mit einer Berufserfahrung von mehr als fünf Jahren zeigten einen prozentual höheren Anteil richtiger Antworten (siehe Abb. 2).

BEKANNTHEITSGRAD DER VERSCHIEDENEN ASSESSMENTS

Acht Assessments waren mehr als 90 Prozent der Therapeuten bekannt. Dies sind, in der Reihenfolge des Bekanntheitsgrades, Fingerbodenabstand, Sensibilitätsprüfung, Reflexprüfung, Palpation, Umfangmessung, manueller Muskeltest, Neutral-0-Methode und Beinlängenbeurteilung (siehe Abb. 4). Mit Ausnahme der Beinlängenbeurteilung, diese wurde durch den Conconi-Test ersetzt, fanden sich dieselben Assessments auf den ersten acht Plätzen in der Bekanntheitsliste der Auszubildenden.

Ein Vergleich der Auszubildenden und der Berufsanfänger mit den Therapeuten mit mehr als zehn Jahren Erfahrung zeigt, dass die letzteren krankheitsspezifische Fragebogen häufiger kannten (siehe Abb. 5).

Häufigkeit der Anwendungen

Die von den meisten Therapeuten verwendeten Assessments sind die Sensibilitätsprüfung, die Palpation, Umfangmessung, Neutral-0-Methode, manueller Muskeltest, Fingerbodenabstand, Beinlängenmessung und Reflexprüfung. Die Häufigkeit der Anwendung ist unterschiedlich. So werden zum Beispiel von den meisten Therapeuten Umfangmessungen durchgeführt. Die Anwendungshäufigkeit der Umfangmessung beträgt jedoch nur 2.6 unserer Skalierung, was gelegentlich bis oft entspricht (siehe Abb. 6). Ein Anwendungsindex, errechnet aus der Anzahl anwendender Therapeuten und der Anwendungshäufigkeit, ergibt eine leicht veränderte Reihenfolge der Anwendung (siehe Tab. 1). Die oben erwähnten Assessments bleiben jedoch die Meistverwendeten.

Ein Vergleich der rein neurologisch tätigen Physiotherapeuten mit den in der Rehabilitation arbeitenden rheumatologisch/orthopädisch tätigen Physiotherapeuten zeigt wenig Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit. Unter den acht am häufigsten verwendeten Assessments findet sich bei den reinen Neurotherapeuten neu der Olson-Gehtest anstelle der Beurteilung der Beinlänge (siehe Abb. 7). 63 Prozent der Neurotherapeuten gaben weiter an, den Tinetti-Test zu verwenden, 47 Prozent den Chedoke McMaster und 22 Prozent den Rivermed Mobility Index. Die Anwendungshäufigkeit ist hier jedoch nicht bekannt. Ein Anwendungsindex lässt sich nicht berechnen.

Persönliche Beurteilung der Assessments

Auf den ersten acht Plätzen finden sich die Palpation, Neutral-0-Methode, Conconi, EFL, SF 36, Sensibilität, Jamar und das Hydrogoniometer. Fünf dieser als gut beurteilten Assessments (Conconi, EFL, SF 36, Jamar und das Hydrogoniometer) finden sich nicht unter den acht am häufigsten angewendeten Assessments. Umgekehrt liegen drei der acht am häufigsten angewendeten Assessments in der persönlichen Beurteilung weit hinten auf den Plätzen 25, 31 und 32 (manueller Muskeltest, Beinlängen und FBA) (siehe Tab. 1).

Eine Analyse dieser acht Assessments bezüglich der Schwierigkeiten in deren Anwendung zeigt unterschiedliche Resultate. Während bei den häufig verwendeten Tests (manueller Muskeltest, Beinlängen und FBA) eine kleine Prozentzahl der Therapeuten angaben, Schwierigkeiten zu haben, gibt es deutlich häufiger Schwierigkeiten bei den seltener angewandten Assessments (siehe Abb. 8).

Verwendung weiterer Assessments

Die Fülle der weiter angewendeten Assessments ist gross. Es wurden zirka 240 weitere Assessments genannt. Es ist schwierig, eine genaue Zahl zu ermitteln, da offensichtlich unterschiedliche Namen für das gleiche Assessment verwendet werden. Ein Beispiel dazu gibt Tabelle 2. Keines der weiter genannten Assessments erreicht die Häufigkeit der acht Fav-

Tab. 1: Anwendungsfrequenz und Beurteilungsrang der verschiedenen Assessments

Anwendungsindex	Assessment (* = Fragebogen)	Rang der Beurteilung	Beurteilung Skala 1–4
1	Palpation	1	1.75
2	Neutral-0-Methode	2	1.80
3	Sensibilitätsprüfung	6	1.90
4	Fingerbodenabstand	32	2.59
5	Manueller Muskeltest	25	2.33
6	Umfangmessungen	14	2.03
7	Beinlängen	31	2.50
8	Reflexe	10	1.95
9	Schmerzareale	11	1.99
10	Numeric Rating Scale (NRS)	18	2.11
11	Visual Analogue Scale (VAS)	12	2.03
12	Quantitative Funktionsprüfungen (QFP)	28	2.37
13	Olson Gehstest	13	2.03
14	Schober	33	2.87
15	3-Min-Stufentest	24	2.27
16	Jamar	7	1.93
17	Isokinetische Kraftmessung	27	2.34
18	Hydrogoniometer	8	1.95
19	Cervical Range of Motion (CROM)	23	2.26
20	Kraftmesszelle	21	2.13
21	Performance Assessment and Capacity Testing (PACT) *	9	1.95
22	Evaluation der funkt. Leistungsfähigkeit (EFL)	4	1.87
23	Back Range of Motion (BROM)	26	2.33
24	Conconi	3	1.87
25	Short Form 36 (SF 36) *	5	1.89
26	Fear avoidance belief Quest. (FABQ) *	20	2.11
27	North American Spine Society (NASS) *	16	2.04
28	Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) *	19	2.11
29	Disability of Arm-Shoulder-Hand (DASH) *	29	2.40
30	Roland and Morris Disability Quest. (RDQ) *	15	2.03
31	Oswestry Disability Quest. (ODQ) *	17	2.10
32	McGILL Pain Questionnaire*	22	2.21
33	Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI) *	30	2.43

riten. 75 Prozent der befragten Therapeuten würden noch weitere Assessments verwenden, wenn sie wüssten, dass diese sinnvoll sind.

DISKUSSION

Die Kenntnisse wissenschaftlicher Gütekriterien müssen in Anbetracht des eher niedrigen Prozentsatzes richtiger Zuordnungen aller Definitionen als mässig beurteilt werden. Dies umso mehr, weil die gestellte Aufgabe eher einfach war. Die Definitionen waren bereits vorhanden. Dies ist wahrscheinlich auch der Grund für das gute Resultat der 86 Prozent richtigen Zuordnungen bei der Praktikabilität. Deren Definition ist auch ohne Vorkenntnisse wissenschaftlicher Gütekriterien gut erkennbar. Das bessere Resultat der in Rehakliniken tätigen Therapeuten erstaunt in Anbetracht der grösseren Anzahl Auszubildenden und Berufsanfänger. Für sich alleine betrachtet, erzielte die Gruppe der Auszubildenden und Berufsanfänger schlechtere Resultate als ihre Kollegen mit grösserer Berufserfahrung. Da die Gruppe der Auszubildenden und Berufsanfänger in den Rehakliniken ein deutlich besseres Resultat erzielte als ihre Kollegen mit gleicher Berufserfahrung in den Akut- und ge-

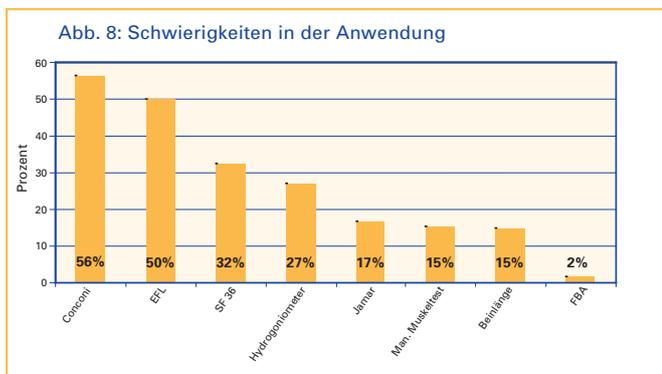
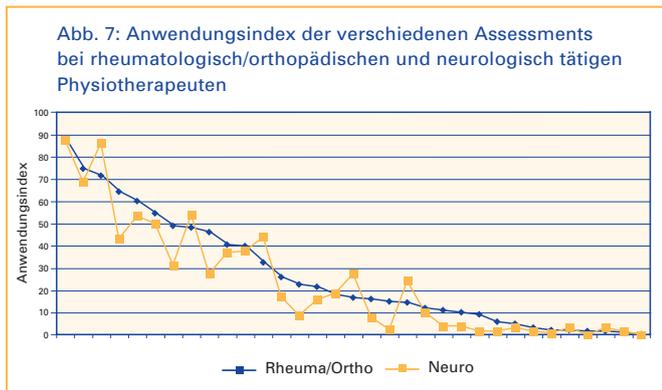
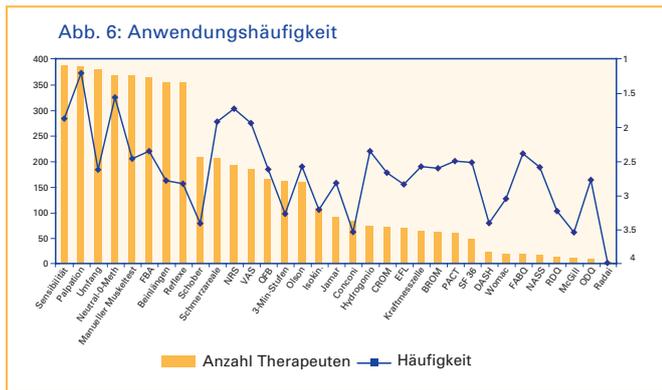
mischten Kliniken, kann angenommen werden, dass dieses Wissen erst in der praktischen Arbeit und in den internen Fortbildungen erworben wurde. Das Wissen von wissenschaftlichen Gütekriterien wird in den schweizerischen Physiotherapieschulen scheinbar ungenügend vermittelt.

Der hohe Bekanntheitsgrad von acht Assessments mit über 90 Prozent ergibt eine klare Favoritenliste, angeführt von Fingerbodenabstand, Sensibilitätsprüfung, Reflexprüfung, Palpation, Umfangmessung, manueller Muskeltest, Neutral-0-Methode

Tab. 2: Von den Befragten weitere verwendete Assessments zur Erfassung der Kraft

Die Testnennung lässt keine klare Zuordnung zu. Es bleibt offen ob es sich hier wirklich um 17 verschiedene Tests handelt.

- 1. Kraft; 2. Kraft-Ausdauer (global); 3. Kraftausdauerstest R-Gym;
- 4. Kraftmessung mit Back-Check; 5. Kraftmessung nach Janda 6. Isometrische Kraftmessung; 7. Isometrische Maximalkraft; 8. Isotonischer Krafttest; 9. Biering Soerensen Krafttest;
- 10. Digi Max Kraftmessung; 11. Dynamischer Kraftausdauerstest; 12. Muskuläre Stabilitätstests; 13. PBU-Stabilizer; 14. Physical Performance Test; 15. PRT (IAS); 16. Krafttests; 17. Standardisierte Krafttests an Legpress



und Beinlängenbeurteilung. Krankheitsspezifische Assessments sind deutlich weniger bekannt. Insbesondere Berufsanfänger geben an, diese kaum oder gar nicht zu kennen. Im Verhältnis zum hohen Bekanntheitsgrad der Standardassessments sind die Kenntnisse von krankheitsspezifischen Assessments jedoch auch bei Therapeuten mit langer Berufserfahrung eher als gering zu werten.

Die acht bekanntesten Assessments sind auch die Meistverwendeten. Die Fachrichtung scheint dabei kaum eine Rolle zu spielen. So werden der Anwendungsindex der Palpation und die Neutral-0-Methode von rheumatologisch/orthopädischen Therapeuten, die in der Rehabilitation arbeiten und bei Neurotherapeuten gleich häufig verwendet. Einzig der Anwendungsindex des Fingerbodenabstandes und die Beinlängenbeurteilung fallen bei Neurotherapeuten deutlich ab. Es erstaunt, dass die persönliche Beurteilung der Assessments die Anwendungshäufigkeit ebenso wenig zu beeinflussen scheint. So

finden sich der sehr häufig angewendete Fingerbodenabstand, die manuelle Muskelmessmethode und die Beinlängenbeurteilung auf den letzten Beurteilungsrängen, während die Assessments, die als sehr gut beurteilt werden, seltener angewendet werden. Schwierigkeiten in der Durchführung kommen bei den als gut bewerteten Assessments prozentual deutlich häufiger vor als bei den Standardassessments. Es kann angenommen werden, dass die Schwierigkeiten in der Durchführung ein wichtiger Hinderungsgrund für die Anwendung ist.

In Anbetracht der Favoritenliste stellt sich die Frage, ob diese Assessments die wissenschaftlichen Gütekriterien erfüllen. Ein grosser Vorteil dieser Messverfahren ist deren Praktikabilität. Nur wenig Therapeuten geben an, Schwierigkeiten in der Anwendung zu bekunden. Betrachtet man die klinische Relevanz, so zeigt sich klar, dass alle acht Assessments auf Körperstruktur- und Funktionsebene messen. Das erklärte Ziel in der Rehabilitation gemäss Definition der ICF, nämlich das Wiedererlangen der normalen Funktion und Rückkehr in den Alltag, ist jedoch aktivitäts- und funktionsorientiert [4]. Dieses Rehabilitationsziel kann mit den in der Rehabilitation meist verwendeten Assessments nicht gemessen werden. Unter dem steigenden Druck, die Effektivität der Rehabilitation zu beweisen, ist es dringend nötig, Assessments zu verwenden, die in der Lage sind, die postulierten Ziele der Rehabilitation zu messen. Eine vermehrte Anwendung von aktivitätsorientierten Assessments muss dringend gefordert werden.

Die Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation am Bewegungsapparat (IGPTRB) hat im Rahmen ihrer Arbeit zur Qualitätssicherung begonnen, die in der Rehabilitation verwendeten Assessments auf ihre Gütekriterien hin zu prüfen und basierend auf diesen Resultaten, Empfehlungen zur Anwendung abzugeben. Unter www.igptr.ch finden sich die Beschreibungen der bisher bearbeiteten Assessments und der jeweiligen Empfehlungen der IGPTRB. Bisher konnten die folgenden Assessments evaluiert und zur Anwendung empfohlen werden: Goniometer, Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Schmerzzeichnung, Dynamometer zur Handkraftmessung (JAMAR), Kraftmesszelle, PACT, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ), Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ) und Figure-of-Eight Method zur Umfangmessung. Nicht empfohlen werden können der Drei-Minuten-Stufentest als Screeningverfahren zur Einschätzung der kardiopulmonalen Fitness, die isokinetische Kraftmessung und die Bewegungspalpation. Gründe zur Nicht-Empfehlung dieser Assessments durch die IGPTRB sind fehlende Validität, fehlende Reliabilität sowie mangelhafte Praktikabilität respektive eine Kombination dieser Faktoren. Die fehlende Empfehlung der Bewegungspalpation steht im Widerspruch zum ersten Rang in der Beurteilung und zum ersten Rang im Anwendungsindex. Da im Fragebogen nach der Palpation im

Allgemeinen und nicht speziell nach der Bewegungspalpation gefragt wurde, ist ein direkter Vergleich des Umfrageresultats mit der wissenschaftlichen Evidenz für dieses Assessment nicht möglich. Dies vor allem auch deswegen, weil eine andere Form der Palpation, nämlich die Schmerzprovokation, deutlich valider und reliabler ist [5–7].

Die verwirrende Nomenklatur weiter verwendeter Assessments wie auch die grosse Anzahl der angewendeten Assessments verunmöglichen einen Informationsaustausch, wie auch einen Vergleich von Resultaten zwischen verschiedenen Institutionen. Dies verdeutlicht den dringenden Bedarf an Kernassessments, welche die wissenschaftlichen Gütekriterien erfüllen und einheitlich angewendet werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kenntnisse von wissenschaftlichen Gütekriterien unter Deutschschweizer Physiotherapeuten sind mässig. Um die Prozessqualität in der muskuloskelettalen Rehabilitation zu verbessern, ist es dringend nötig, dieses Wissen bereits in der physiotherapeutischen Grundausbildung zu vermitteln und auch entsprechende Fortbildungen für postgraduierte Therapeuten anzubieten. Diese Kenntnisse werden den Physiotherapeuten in der muskuloskelettalen Rehabilitation helfen, qualitativ gute Assessments auszuwählen. Die zurzeit meistverwendeten Assessments messen fast ausschliesslich auf der Körperfunktionsebene. In der alltagsorientierten Rehabilitation sind jedoch Assessments nötig, die auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene messen.

LITERATUR

1. KOOL J, OESCH P, DE BIE R. Predictive tests for non-return to work in patients with chronic low back pain. *Eur Spine J* 2002; 11 (5): 258–66.
2. JOHNSTON M, KEITH R, HINDERER S. Measurement standards for interdisciplinary medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992; 73 (12–S): 3–23.
3. COLE B *et al.* *Physical Rehabilitation Outcome Measures*, ed. J. Basmajian. 1994, Toronto: Canadian Physiotherapy Association.
4. WORLD HEALTH ORGANISATION. *International classification of functioning, disability and health: IC*, Geneva 2001.
5. BOLINE PD *et al.* Interexaminer reliability of eight evaluative dimensions of lumbar segmental abnormality: Part II. *J Manipulative Physiol Ther* 1993; 16 (6): 363–74.
6. KEATING JC JR. *et al.* Interexaminer reliability of eight evaluative dimensions of lumbar segmental abnormality. *J Manipulative Physiol Ther* 1990; 13 (8): 463–70.
7. PESCIOLI A, KOOL J. Die Zuverlässigkeit klinischer Ileosakralgelenktests. *Manuelle Therapie* 1997; 1 (1): 3–10.
8. DOMHOLDT E. *Physical Therapy Research*: Philadelphia: WB Saunders Company, 1993.