

# Schweregrad- differenzierung in der Neuro- und Trauma- rehabilitation

Status quo in Österreich

Endbericht Teil 3



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 23c  
ISSN: 1992-0488  
ISSN-online: 1992-0496



# Schweregrad- differenzierung in der Neuro- und Trauma- rehabilitation

Status quo in Österreich

Endbericht Teil 3



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, März 2010

### Projektteam

Projektleitung: Dr. med. Brigitte Piso, MPH

Projektbearbeitung: Muna Abuzahra, BSc

### Projektbeteiligung

Externe Begutachtung: Dr. med. Gudrun Seiwald, Stv. Ärztliche Direktorin der AUVA/ Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Interne Begutachtung: PD Dr.phil. Claudia Wild

**Korrespondenz (Correspondence):** Dr. med. Brigitte Piso, MPH; [brigitte.piso@hta.lbg.ac.at](mailto:brigitte.piso@hta.lbg.ac.at)

### Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Abuzahra M, Piso B. Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Traumarehabilitation. Status quo in Österreich. HTA-Projektbericht 2010; Nummer 23c

### Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) bestehen

### Danksagung:

Das Projektteam bedankt sich bei Mag. Gertrude Heger (Neuropsychologin) und Dr. med. Manfred Freimüller (Facharzt für Neurologie) für die fachliche Unterstützung.

### IMPRESSUM

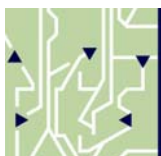
#### Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH

Operngasse 6/5, Stock, A-1010 Wien

<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

#### Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)

Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien

<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 23c

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2010 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Inhalt

Zusammenfassung .....	7
Summary.....	8
1 Hintergrund.....	9
1.1 Bisherige Projektteile .....	9
1.2 Ziel dieses Projektteils .....	9
1.3 Rehabilitation in Österreich .....	10
1.3.1 Geschichtliche Entwicklung .....	10
1.3.2 Grundsätze der Rehabilitation.....	10
1.3.3 Regelung der Zuständigkeit.....	10
1.3.4 Phasenmodell der Neurorehabilitation .....	11
1.3.5 Richtlinien der ÖGNR.....	13
1.3.6 Rehabilitationsversorgung.....	14
2 Methodik.....	17
2.1 Fragebogenentwicklung und Aufbau.....	17
2.2 Vorgehensweise.....	17
3 Ergebnisse.....	19
3.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung .....	19
3.2 Einsatz von Messinstrumenten.....	21
3.2.1 Diagnoseübergreifende Messinstrumente .....	21
3.2.2 Diagnosespezifische Messinstrumente .....	27
3.2.3 Nicht eingesetzte Messinstrumente .....	30
3.3 PatientInnenziele und Prognosefaktoren .....	30
3.3.1 Individuelle PatientInnenziele .....	30
3.3.2 Prognosefaktoren .....	31
3.4 Ziele von Dokumentation und Evaluation .....	32
3.4.1 Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs .....	33
3.4.2 Interne Qualitätssicherung.....	34
3.4.3 Externe Qualitätssicherung.....	34
3.4.4 Klinikinterne Kostenrechnung.....	35
3.4.5 Institutionsvergleiche.....	35
3.4.6 Projekte, Publikationen, Leistungsangebotsplanung .....	35
3.4.7 Häufigkeit, Art und Konsequenzen der Auswertung.....	37
3.5 Pilotprojekte .....	38
3.6 Potentiale und Grenzen generischer Messinstrumente.....	38
4 Diskussion .....	41
5 Schlussfolgerungen .....	43
6 Literatur.....	45
7 Anhang.....	47

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.3-1: Prozessmodell Neurorehabilitation der ÖGNR.....	13
Abbildung: 3.1-1: Rücklauf der Befragung österreichischer Neurorehaeinrichtungen .....	20
Abbildung 3.2-1: Regelmäßiger Einsatz von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten .....	22
Abbildung 3.2-2: regelmäßiger Einsatz von diagnosespezifischen Messinstrumenten.....	27
Abbildung 3.4-1: Ziele der Dokumentation.....	33

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.3-1: Phasen der Rehabilitation und Zuordnung von gebräuchlichen Begriffen, Strukturen und Rechtstitel (Quelle: [4]).....	12
Tabelle 1.3-2: Parameter der neurorehabilitativen Versorgung (Quelle: [4]).....	15
Tabelle 1.3-3: Parameter der neurologischen Rehabilitation (Quelle: [4]).....	15
Tabelle 2.1-1: Gliederung des Fragebogens .....	17
Tabelle 2.2-1: Inkludierte Rehabilitationseinrichtungen.....	18
Tabelle 3.1-1: Anzahl der ausgeschickten und retournierten Fragebögen pro Träger.....	19
Tabelle 3.1-2: Fünf-Punkte-Zusammenfassung der Stichprobe .....	21
Tabelle 3.2-1: Ergänzte diagnoseübergreifende Messinstrumente .....	23
Tabelle 3.2-2: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Professionen der diagnoseübergreifenden Messinstrumente.....	25
Tabelle 3.2-3: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Professionen der ergänzten diagnoseübergreifenden Messinstrumente.....	26
Tabelle 3.2-4: ergänzte diagnosespezifische Messinstrumente.....	28
Tabelle 3.2-5: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Berufsgruppen der diagnosespezifischen Messinstrumente .....	29
Tabelle 3.3-1: individuelle PatientInnenziele.....	31
Tabelle 3.3-2: Prognosefaktoren und Hilfsmittel.....	32
Tabelle 3.4-1: Dokumentation und Auswertung der Datenerhebungen.....	36
Tabelle 3.4-2: Häufigkeit der Auswertungen.....	37
Tabelle 3.4-3: Art der Auswertung .....	37
Tabelle 3.6-1: Potentiale und Grenzen für interne Qualitätssicherung .....	39
Tabelle 3.6-2: Potentiale und Grenzen für externe Qualitätssicherung .....	39
Tabelle 3.6-3: Potentiale und Grenzen für Vergütung .....	40

## Abkürzungen

AHV .....	Anschlussheilverfahren
ASVG.....	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BBS.....	Berg Balance Scale
BDI.....	Beck-Depressions-Inventar
BI .....	Barthel Index
B-KUVG .....	Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMGFJ .....	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

BMI .....	Body Mass Index
BSVG.....	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
CERAD.....	Consortium to Establish A Registry for Alzheimer´s Disease
DLD .....	Daten zur Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Kranken- anstalten
DRS.....	Disability Rating Scale
EDSS.....	Expanded Disability Status Scale
EQ-5D .....	EuroQol Quality of Life Scale
FAC .....	Functional Ambulation Categories
FIM .....	Functional Independence Measure
FRB.....	Frühreha-Barthel Index
FSE.....	Functional Status Examination
GCS .....	Glasgow Coma Scale
GSVG .....	Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz
HVB.....	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
KRS .....	Koma-Remissions-Skala
LKF.....	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MAL.....	Motor Activity Log
MI+TCT .....	Motricity-Index and Trunk Control Test
MMSE.....	Mini Mental State Examination
mRS.....	modifizierte Rankin Skala
NEU-ANB .....	neurologische Akut-Nachbehandlung
NHP .....	Nottingham Health Profile
NHPT .....	Nine-hole-peg Test
NIHSS.....	National Institute of Health Stroke Scale
NMI .....	Neuromentalindex
NRS.....	Neurologischer Reha-Score
ÖGNR.....	Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation
POMA .....	Performance Oriented Mobility Assessment
PPS.....	Prospective Payment System
RS .....	Rankin Skala
SF-36.....	Medical Outcome Study Short Form 36
SRBS .....	Self-rated burden Scale
SOMCT.....	Short orientation memory and concentration Test
U+GT .....	Up and Go Test
VAS .....	Schmerz Visuell-Analogskala
WHO.....	World Health Organization
WMFT .....	Wolf Motor Function Test
10m-GZ.....	10m-Gehzeit
2min-GS.....	2min-Gehstrecke





# Zusammenfassung

**Hintergrund:** In den zwei vorangegangenen Projektteilen wurden Messinstrumente für Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma nach ihrer Testgüte bewertet und internationale Erfahrungen in der Anwendung diagnoseübergreifender Instrumente zur Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Traumarehabilitation betrachtet. Im vorliegenden dritten Teil werden ein Status quo zur Verwendung von diagnoseübergreifenden und –spezifischen Messinstrumenten und laufende bzw. abgeschlossene Pilotprojekte in österreichischen Rehabilitationseinrichtungen erhoben.

**Methode:** Für die Erhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher in elektronischer Form per Mail an 20 österreichische Rehabilitationseinrichtungen gesendet wurde. Im Fragebogen werden Anwendung und Anwendungsmodalitäten (Zeitpunkte, Berufsgruppe....) von 46 Messinstrumenten abgefragt. Außerdem werden Informationen zu den Erhebungen von individuellen PatientInnenzielen, Prognosefaktoren, zur Dokumentation und Evaluation der Datenerhebungen und zu Pilotprojekten eingeholt. Zusätzlich enthält der Fragebogen eine Meinungsabfrage zu den Potentialen und Grenzen von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 10 Fragebögen retourniert. Die 10m-Gehzeit/10m-GZ und der Nine-hole-Peg-Test/NHPT werden in allen befragten Einrichtungen angewendet. Darüber hinaus werden in den meisten Einrichtungen der Barthel Index/BI, die 2min-Gehstrecke/2min-GS, die Rankin Skala/RS und die Functional Ambulation Categories/FAC bzw. die Mini Mental State Examination/MMSE und die Expanded Disability Status Scale/EDSS verwendet. Die meisten Messinstrumente werden bei der Aufnahme und/oder Entlassung verwendet. Eine wöchentliche oder zweiwöchentliche Anwendung der Skalen und Scores kommt eher selten vor. Einige Messinstrumente werden bei Bedarf, zum Beispiel bei Veränderungen in der Selbstständigkeit, zusätzlich eingesetzt. Berufsgruppen, welche häufig Messinstrumente an PatientInnen einsetzen, sind MedizinerInnen, diplomierte KrankenpflegerInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und (Neuro-)PsychologInnen. Wenige Tests werden von DiätologInnen und SportwissenschaftlerInnen durchgeführt. Der Großteil der Tests wird von mindestens zwei Berufsgruppen eingesetzt. Individuelle PatientInnenziele werden von allen befragten Einrichtungen vereinbart, aber nur von der Hälfte ausgewertet. Hauptziele von Datenerhebungen in den Einrichtungen sind die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und Dokumentation für das interne Qualitätsmanagement. Durch die Erhebung wurden insgesamt sieben abgeschlossene und laufende Pilotprojekte, welche den Einsatz von Messinstrumenten erproben bzw. Qualitätssicherung betreiben, identifiziert.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass die empfohlenen Messinstrumente nach den Richtlinien der ÖGNER zwar eine Vereinheitlichung in den verwendeten Messinstrumenten gebracht hat. Eine einheitliche Basisdokumentation existiert in Österreich jedoch nicht. Insgesamt ist nach wie vor eine Vielfalt an verwendeten Messinstrumenten feststellbar. Ein Interesse an Qualitätsmanagement und Institutionsvergleichen ist in Österreich anhand der existierenden Pilotprojekte erkennbar.

**Ziel:**

**Status quo zu verwendeten Messinstrumenten und Pilotprojekten in Österreich darstellen**

**Methode:**

**Fragebogen an 20 Reha-Zentren**

**10 Fragebögen auswertbar**

**einige Instrumente in allen/ den meisten Zentren im Einsatz**

**am häufigsten zu Rehabeginn/-ende verwendet**

**oft auch von mehreren Berufsgruppen durchgeführt**

**PatientInnenziele werden überall vereinbart, seltener ausgewertet**

**7 Projekte identifiziert**

**keine einheitliche Basisdokumentation**

**Vielfalt an verwendeten Messinstrumenten**

## Summary

<p><b>status quo of instruments and pilot projects</b></p>	<p><b>Background:</b> In the first part of this project instruments for classifying disease severity in patients with neurologic or trauma rehabilitation have been identified and assessed according to test quality criteria. In the second part we analysed whether and which generic assessment instruments are used in quality and performance measurement, or in determining levels of reimbursement, in neuro and trauma rehabilitation. The present third part of the project collects status quo data to the usage of generic and specific instruments and pilot projects in Austrian rehabilitation institutions.</p>
<p><b>data collection by questionnaire</b></p> <p><b>20 rehabilitation centres</b></p>	<p><b>Methods:</b> For data collection we developed a questionnaire and sent it to 20 Austrian rehabilitation centers via email. We asked which instruments are used and when and by whom the assessment is done. Additionally we collected information about the assessment of individual patient goals, factors of prognosis, about documentation and evaluation of data and pilot projects. Finally we asked the participants for their opinions about the potentials and constraints of generic instruments.</p>
<p><b>10 questionnaires analysed</b></p> <p><b>Some instruments common</b></p> <p><b>most frequently use at start and end of Rehabilitation</b></p>	<p><b>Results:</b> 10 questionnaires were returned. The 10m walk test and the nine-hole-peg-test are used by all institutions. Furthermore most institutions use the Barthel Index/BI, the 2min walk test, the Rankin Scale/RS and the Functional Ambulation Categories/FAC respectively the mini mental state examination/MMSE and the expanded disability status scale/EDSS. Most instruments are being used at admission and/or discharge. The weekly (or every two week) usage of scales and scores is not common. Some instruments are used if required, only. Most frequently, physicians, nurses, occupational therapists, physiotherapists, speech therapists and (neuro-)psychologists conduct the assessments. Individual goals are arranged with patients in all institutions, but goal attainment is evaluated only in about fifty percent of the institutions. Key objectives of data collection are the documentation of the rehabilitation process and documentation for internal quality management. Overall seven completed or ongoing pilot projects, which test the utilization of measuring instruments or quality assurance systems, could be identified by the survey.</p>
<p><b>7 projects identified</b></p>	
<p><b>variety of used instruments</b></p>	<p><b>Discussion:</b> The results show that recommendations of the ÖGNER lead to a homogenisation of used instruments. However, a standardized base documentation does not exist and there is still a variety of used measurement instruments. Pilot projects point at increasing interests in quality management and comparison between institutions.</p>

# 1 Hintergrund

## 1.1 Bisherige Projektteile

Im ersten Teil des dreiteiligen Projektes „Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Traumarehabilitation“ wurden Messinstrumenten zur Schweregrad- und Ergebnisbewertung in der Neuro- und Trauma-Rehabilitation, anhand zweier ausgewählter Diagnosegruppen (Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall) identifiziert und deren Testgüte bewertet. Mithilfe der systematischen Übersichtsarbeit wurde festgestellt, dass bei Schlaganfall diagnosespezifische Messinstrumente eine bessere Testgüte in Bezug auf die Schweregraddifferenzierung und Ergebnisbeurteilung zeigen als generische Messinstrumente. Bei PatientInnen mit Schädel-Hirn-Traumata weisen diagnosespezifische Messinstrumente nicht notwendigerweise die bessere Testgüte auf. Die Entscheidung für ein Messinstrument sollte daher nicht nur von der Testgüte, sondern auch von der Machbarkeit und Akzeptanz sowie vom Zweck, der mit den Messungen verfolgt wird, abhängen. Eine modulare Zusammensetzung von diagnosespezifischen und – übergreifenden Messinstrumenten wäre eine Möglichkeit, um eine umfassende Ergebnisevaluation durchzuführen [1].

Der zweite Teil befasste sich mit internationalen Erfahrungen in der Anwendung diagnoseübergreifender Instrumente zur Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Trauma-Rehabilitation. Unter der Anwendung dieser Instrumente - zur Klassifizierung der PatientInnen nach Schweregrad - wurden drei Schwerpunkte bzw. Nutzenbereiche betrachtet: die Messung des Rehabilitationserfolges, die Bewertung der internen und externen Qualitätssicherung sowie die Verknüpfung von Ergebnismessungen mit Vergütungsformen (bzw. Refundierungsmechanismen). Zur Identifizierung von Publikationen und internationalen Projekten wurden eine systematische Literatursuche und eine selektive Internetrecherche durchgeführt. Projekte zur Ergebnis- und Performancemessung gibt es in Deutschland, der Schweiz und in Australien. Erste Erprobungen mit ergebnisorientierten Vergütungssystemen gibt es in Deutschland, der Schweiz, Großbritannien und Australien. Ein flächendeckender Einsatz einer ergebnisorientierten Vergütung kommt in den USA mit dem Prospective Payment System/PPS bei der Medicare und Medicaid Versicherung zum Einsatz. In den meisten Studien und Projekten wurde der Functional Independence Measure/FIM zur Schweregraddifferenzierung herangezogen. Es gibt aber auch einige neu entwickelte Messinstrumente, zum Beispiel in Deutschland und in Großbritannien [2].

## 1.2 Ziel dieses Projektteils

Im dritten Teil des Projektes soll, ergänzend zu den internationalen Erfahrungen des zweiten Teils, eine empirische Befragung zur Erhebung eines Status quo zum Einsatz von Messinstrumenten in der Neuro- und Trauma-Rehabilitation in Österreich durchgeführt werden. Ziele sind, ein möglichst realitätsnahes Bild der Verwendung von diagnosespezifischen und – übergreifenden Messinstrumenten zur Schweregraddifferenzierung zu er-

**1. Projektteil:  
Messinstrumente für  
Schlaganfall und  
Schädel-Hirn-Trauma  
identifiziert und  
bewertet**

**2. Projektteil:  
internationale  
Erfahrungen zu  
Ergebnismessung,  
Qualitätssicherung,  
Vergütungsformen**

**empirische Erhebung  
zur Verwendung von  
Messinstrumenten & zu  
Pilotprojekten in Ö**

halten (Status quo) und mögliche Ressourcen und Pilotprojekte zu identifizieren.

## 1.3 Rehabilitation in Österreich

### 1.3.1 Geschichtliche Entwicklung

**Begriff Rehabilitation  
seit ca. 1960**

Im Bereich der Sozialversicherung wird der Begriff medizinische Rehabilitation seit etwa 1960 für bestimmte Leistungen aus der Pensionsversicherung für Versicherte und BezieherInnen einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit) verwendet.

**Zugang für „alle“  
seit 1992**

Entsprechende gesetzliche Bestimmungen, durch welche die Rehabilitation als Pflichtaufgabe festgelegt wurde, wurden vor allem mit der 32. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes/ASVG und später auch im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz/GSVG und dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz/BSVG sowie im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz/B-KUVG geschaffen. Für Angehörige von Versicherten und WaisenpensionistInnen blieb die Rehabilitation dennoch eine freiwillige Leistung, da diese keinen Anspruch aus der Pensionsversicherung hatten. Daher wurde 1992 die Krankenversicherung ebenfalls zur Leistung der medizinischen Rehabilitation verpflichtet. Die Unfallversicherung kommt nur dann für Rehabilitationsleistungen auf, wenn diese mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit in Zusammenhang stehen [3, 4].

### 1.3.2 Grundsätze der Rehabilitation

**Prozess- &  
Zielorientierung**

Das Rehabilitationsverfahren ist prozess- und zielorientiert. Grundsätzlich sollen Ziel, Beginn und Ende der medizinischen Rehabilitation klar definiert werden. Zur Erreichung des Rehabilitationszieles ist die Festlegung eines Rehabilitationsplanes erforderlich, welcher beinhalten muss, mit welchen Maßnahmen innerhalb welcher Zeit und durch wen die festgestellten Ausfälle und Defizite auf welches Maß verringert oder kompensiert werden sollen. Der Rehabilitationsplan und somit der Rehabilitationserfolg sind zur Sicherstellung der Zielerreichung laufend zu überprüfen.

**Rehaziele:  
möglichst  
eigenständiges Leben  
ermöglichen  
(Re)Integration in den  
Arbeitsmarkt**

Die medizinische Rehabilitation ist zu beenden, wenn das Rehabilitationsziel ganz oder teilweise erreicht wird und/oder wenn feststeht, dass keine Besserung mehr erreicht werden kann. Grundsätzliches Rehabilitationsziel ist es immer, PatientInnen wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können. Behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit sollen durch die Rehabilitation verhindert werden [3].

### 1.3.3 Regelung der Zuständigkeit

**Zuständigkeit  
unterschiedlicher  
Versicherungsträger:**

Die Erbringung der medizinischen Rehabilitation kann in die Zuständigkeit von unterschiedlichen Versicherungsträgern fallen. Die Reihenfolge der Zu-

ständigkeit wurde vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger/HVB geregelt:

Die *Unfallversicherungsträger* treffen Vorsorge für die Rehabilitation, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.

Die *Pensionsversicherungsträger* führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Behinderung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.

Die *Krankenversicherungsträger* führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr Anspruchsberechtigten gesorgt werden (z. B. mitversicherte Angehörige und WaisenpensionistInnen) [3].

**Unfallversicherung**

**Pensionsversicherung**

**Krankenversicherung**

### 1.3.4 Phasenmodell der Neurorehabilitation

In der Neurorehabilitation hat sich eine eigene Phaseneinteilung mit den Phasen A bis E etabliert, welche sich vom üblichen Phasenmodell der Rehabilitation (Phasen 1 bis 4) unterscheidet (siehe Tabelle 1.3-1).

Da neurologische Erkrankungen als Prozesse gesehen werden, ist in deren Verlauf ein unterschiedliches Ausmaß an rehabilitativen Interventionen notwendig. Der Übergang von einer Phase zur nächsten gestaltet sich fließend. Es muss nicht zwingend jede Phase durchlaufen werden. Ebenso sind Rückfälle in frühere Phasen möglich. In jeder Phase kann „akut-neurologischer“ oder „neurorehabitativer“ Behandlungsbedarf entstehen [4].

*Phase A:* In diese Phase werden akute neurologische Erkrankungen und akute Verschlechterungen chronischer Erkrankungen zugeordnet. Es ist die gesamte Infrastruktur einer Akutkrankenanstalt (inklusive intensivmedizinische Betreuung) erforderlich. Die Vergütung richtet sich nach der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung/LKF [4].

*Phase B:* Phase B bezeichnet die „neurologische Akut-Nachbehandlung“ (NEU-ANB) im Sinne des LKF-Modells. Die Behandlung in dieser Phase wird auch häufig als „Akutneurorehabilitation“ oder „Frührehabilitation“ bezeichnet [4]. Sie beginnt nach zeitlichem Ablauf der Phase A und dauert jedenfalls bis zum Übergang der Phase C oder vorläufig 60 Tage. Auch hier wird die Vergütung im Sinne des LKF-Modells abgewickelt.

PatientInnen in der Phase B sind zeitweise bewusstseinsgestört. In Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sind sie vollkommen oder weitgehend unselbstständig. Die PatientInnen sind nicht dauernd beatmungspflichtig. Komplikationen oder Verschlechterungen können jedoch jederzeit intensivmedizinische Betreuung notwendig machen [4, 5].

*Phase C:* In der Phase C können PatientInnen bereits in der Therapie mitarbeiten. Die PatientInnen sind bewusstseinsklar und zumindest teilorientiert. Über den Tag verteilt können sie drei Stunden an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen. Bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens müssen zumindest einige selbst bewältigt werden können [4, 5] (Barthel Index > 30 [5]). Die pflegerische Abhängigkeit ist noch erheblich [4].

**Neuroreha  
Phaseneinteilung:**

**A bis E**

**Übergänge fließend**

**Phase A:**

**Akutsituation**

**Phase B:**

**neurologische  
Akutnachbehandlung  
(NEU-ANB)**

**Phase C:**

**Mitarbeit an  
Rehabilitation möglich**

**PatientInnen  
weitgehend  
unselbstständig**

- Phase D:** *Phase D:* PatientInnen sind bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend oder vollkommen selbstständig. Sie sind sowohl geistig als auch körperlich in der Lage, mehrere Stunden am Tag aktiv an den Therapien mitzuwirken. Sie können mehrere Stunden am Tag ohne professionelle Aufsicht verbringen [4]. Für Phase D-PatientInnen kommt ein teilstationäres bzw. ambulantes Therapiesetting in Frage [5].
- Phase E:** *Phase E:* PatientInnen sind in der Lage, Alltag und Freizeit über mehrere Tage alleine zu planen, zu organisieren und zu verbringen. Sie bedürfen neurorehabitativer Maßnahmen in Bezug auf Ausbau, Stabilisierung und Erhaltung erreichter Therapieerfolge, berufliche Wiedereingliederung und Erwerb umfassender sozialer Kompetenzen [4]. Für PatientInnen der Phase E ist ebenfalls eine teilstationäre bzw. ambulante Rehabilitation möglich [5].

In der folgenden Tabelle werden die Phasenabgrenzungen der allgemeinen Phaseneinteilung nach der World Health Organization/WHO, der Phaseneinteilung der Neurorehabilitation und der Neuropädiatrie gegenübergestellt. Darüber hinaus werden gebräuchliche Begriffe, notwendige Strukturen und der Rechtstitel den Phasen zugeordnet [4].

*Tabelle 1.3-1: Phasen der Rehabilitation und Zuordnung von gebräuchlichen Begriffen, Strukturen und Rechtstitel (Quelle: [4])*

Phasen			Begriffe	Strukturen	Rechtstitel
Allgemein (nach WHO)	Neurologie	Neuropädiatrie			
I	A, B	1a, 1b, 2a, 2b	Akutbehandlung, Frühmobilisation, Frührehabilitation, Akutrehabilitation, Akutneurorehabilitation	Akutkrankenhaus, AG/R, RNS, Einheiten zur neurol. Akutnachbehandlung (NEU-ANB)	Anstaltspflege/ Krankenbehandlung
II	C, D	3,4	Anschlussheilbehandlung, stationäre Rehabilitation, allgemeine Rehabilitation	stationäre Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation
			ambulante Rehabilitation (unter best. Voraussetzungen)	ambulante Rehabilitationseinrichtung	
III	E		ambulante, poststationäre Rehabilitation (stabilisierend)	ambulante Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation
IV			Langzeitsekundärprävention, langfristige ambulante Nachsorge, "Langzeitrehabilitation"	Private Einrichtungen, Vereine, Sportgruppen, Heimtraining etc.	Kein Rechtstitel, Durchführung in Eigenverantwortung
				ggf. Einzelmaßnahmen durch Therapeuten	Krankenbehandlung bzw. Eigenverantwortung

Das Prozessmodell der Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation/ÖGNR ist in der nachfolgenden Abbildung graphisch dargestellt. Es ordnet Maßnahmen auf der Ebene der Kostenträger und der Rehabilitationseinrichtungen den einzelnen Phasen zu. Zusätzlich sind die Maßnahmen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation zugeordnet [5].

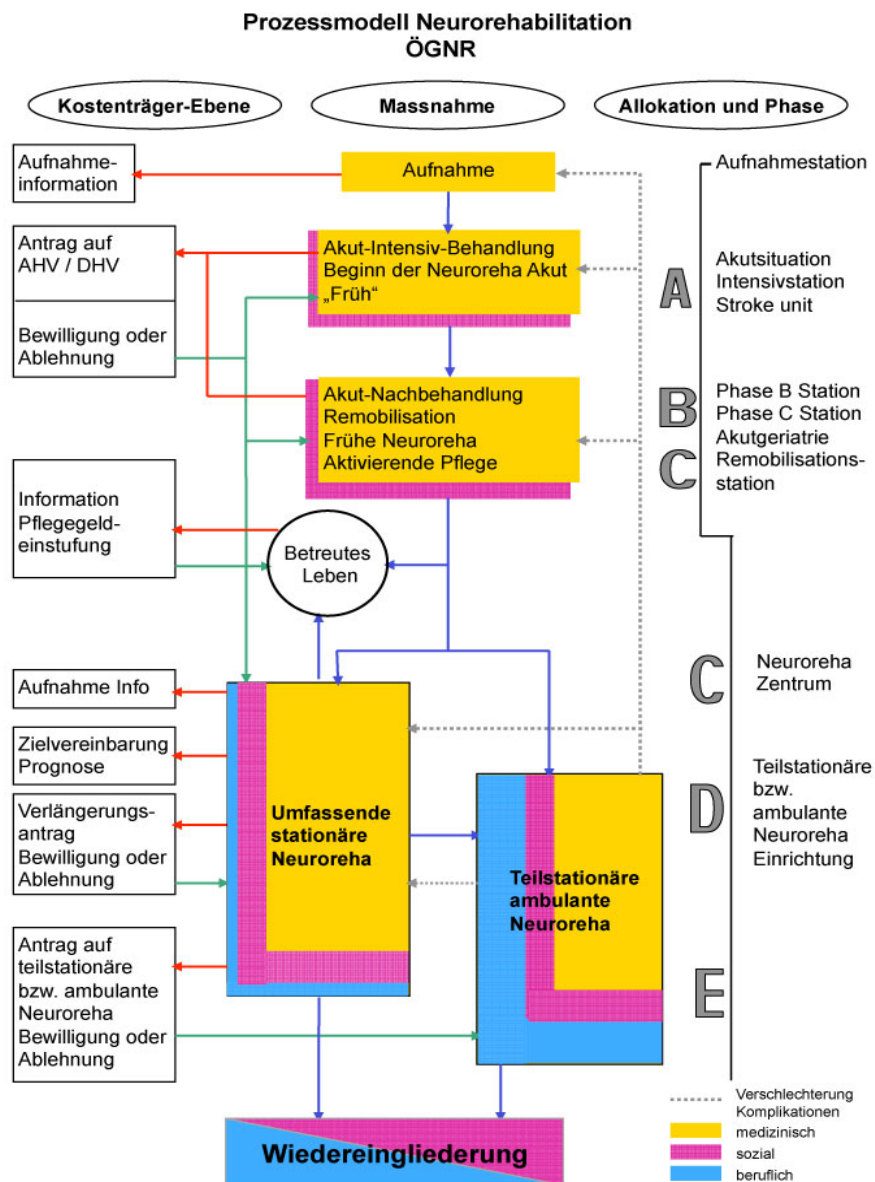


Abbildung 1.3-1: Prozessmodell Neurorehabilitation der ÖGNER

### 1.3.5 Richtlinien der ÖGNER

Die österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation/ÖGNER empfiehlt seit 1998 eine Basisdokumentation mit zehn Skalen und Scores. Die Messung und Bewertung mittels Tests und Skalen stellen eine Standardmethode der Neurorehabilitation dar, welche eine Beurteilung von Schweregrad, Prognose und Outcome neurologischer Störungen erleichtert.

**Basisdokumentation mit 10 Skalen und Scores empfohlen**

Durch die Basisdokumentation soll eine „gemeinsame Sprache“ zwischen den österreichischen Neurorehabilitationseinrichtungen geschaffen werden,

<p><b>Durchführung bei Aufnahme &amp; Entlassung</b></p> <p><b>Machbarkeit berücksichtigt</b></p>	<p>um Berichte mit vergleichbaren Daten erstellen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und –entwicklung ableiten zu können.</p> <p>Basisdokumentation bedeutet, dass diese Tests zumindest zweimal, nämlich in der Eingangsphase und der Entlassungsphase bei jedem Patienten/ jeder Patientin in den österreichischen Neurorehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden sollen. Bei der Auswahl der zehn Skalen und Scores wurde großer Wert auf die Machbarkeit (Zeitökonomie) gelegt. Die Auswahl wurde so getroffen, dass die Bearbeitung sämtlicher zehn Tests und Skalen pro PatientIn ungefähr 30 Minuten erfordert. Zu den empfohlenen Skalen und Scores gehören [5]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Motricity-Index and Trunk Control Test (MI+TCT)</li> <li>✿ Nine-hole-peg Test (NHPT)</li> <li>✿ 10-Meter Gehzeit/2-Minuten Gehstrecke</li> <li>✿ Functional Ambulation Categories (FAC)</li> <li>✿ Short orientation memory and concentration Test (SOMCT)</li> <li>✿ Goodglass und Kaplan Kommunikationsscore</li> <li>✿ Barthel ADL Index (BI)</li> <li>✿ Rankin Skala (RS)</li> <li>✿ Schmerz Visuell-Analogskala (VAS)</li> <li>✿ Neuromentalindex (NMI) (wurde nach Erprobung aus der Empfehlung gestrichen)</li> </ul>
---	---

### 1.3.6 Rehabilitationsversorgung

<p><b>Reha allgemein:</b></p> <p><b>kontinuierlich steigende Inanspruchnahme</b></p> <p><b>Verringerung der durchschnittlichen Belagsdauer</b></p>	<p><b>Allgemein</b></p> <p>Die Inanspruchnahme von Rehabilitationszentren zeigt einen kontinuierlich ansteigenden Trend. Die Anzahl der dokumentierten stationären Aufenthalte stieg von 1997 bis 2007 von rund 56.000 auf rund 90.000. Zum Teil ist dieser Anstieg darauf zurückzuführen, dass einige Rehabilitationseinrichtungen erst in diesem Zeitraum begannen, Daten zur Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten/DLD an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend/BMGFJ zu übermitteln.</p> <p>Dementsprechend erhöhten sich auch die in der DLD dokumentierten Belagstagevolumina von jährlich 1,46 Mio. Belagstagen auf beinahe 2,2 Mio. Belagstage. Die durchschnittliche Belagsdauer hat sich gleichzeitig von 26,3 Tagen im Jahr 1997 auf 24,5 Tage im Jahr 2007 reduziert. Die Reduktion der Belagsdauer kann möglicherweise als Folge des Auslastungsdrucks auf die Rehabilitationseinrichtungen interpretiert werden [4].</p>
--	--



## Neurologie

In der Rehabilitations-Indikationsgruppe Neurologie sind die stationären Aufenthalte von 3.567 (1997) auf 9.802 (2007) und die Belagstage von 101.521 (1997) auf 282.686 (2007) gestiegen. Auch hier können die oben genannten Ursachen zutreffen. Die durchschnittliche Belagsdauer ist im Gegensatz zum Durchschnitt anderer Rehabilitations-Indikationsgruppen nicht gesunken, sondern mit 28,5 (1997) und 28,8 Tagen (2007) konstant geblieben [4] (siehe Tabelle 1.3-2).

**Neuroreha:**  
**ebenfalls steigende Inanspruchnahme**  
**Belagsdauer relativ konstant**

*Tabelle 1.3-2: Parameter der neurorehabilitativen Versorgung (Quelle: [4])*

	stationäre Aufenthalte	Belagstage	durchschnittl. Belagsdauer
1997	3567	101.521	28,5
2007	9802	282.686	28,8

In der Tabelle 1.3-3 wird die durchschnittliche Wartezeit (in Tagen) von der Bewilligung bis zum Antritt des Rehabilitationsaufenthaltes (Anschlussheilverfahren/AHV und sonstige Aufenthalte) für die Indikationsgruppe Neurologie dargestellt. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein AHV in der Neurorehabilitation beträgt nach Angaben der Rehabilitationseinrichtungen 18 Tage bzw. nach Angaben der Sozialversicherungsträger 40 Tage. Auf sonstige Aufenthalte beträgt sie nach Angaben der Rehabilitationseinrichtungen 71 Tage bzw. nach Angaben der Sozialversicherungsträger 67 Tage. Das mittlere Zeitintervall zwischen der Entlassung aus der Akutkrankenanstalt und der Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung beträgt 49 Tage (2007). Darüber hinaus zeigt die Tabelle, dass 18 % der Aufenthaltstage durch ambulante Rehabilitation abgedeckt werden könnten und 51 % der Rehabilitanden nach der stationären Rehabilitation einen Bedarf an ambulanter Rehabilitation haben [4].

**durchschnittliche Wartezeit (Entlassung aus Akutkrankenanstalt bis Rehabeginn)**  
**ca. 50 Tage**

*Tabelle 1.3-3: Parameter der neurologischen Rehabilitation (Quelle: [4])*

Parameter	Angaben der Rehabilitationseinrichtungen	Angaben der Sozialversicherungsträger
durchschnittl. Wartezeit/AHV (in Tagen)	18	40
durchschnittl. Wartezeit/sonst. Aufenthalte (in Tagen)	71	67
Aufhaltstage, die durch ambulante Rehabilitation abgedeckt werden könnten (in %)	18	-
Rehabilitanden mit Bedarf an ambulanter Reha nach stationärer Reha	51	-
mittleres Zeitintervall zwischen Entlassung aus der Akut-KA und Aufnahme in die Rehaeinrichtung (in Tagen)	49	-



## 2 Methodik

### 2.1 Fragebogenentwicklung und Aufbau

Zur Datenerhebung wurde der Fragebogen „Einsatz von Messinstrumenten in der Neuro- und Trauma-Rehabilitation“ entwickelt. Insgesamt wird der Einsatz von 46 diagnoseübergreifenden und –spezifischen Messinstrumenten abgefragt. Die 46 Messinstrumente wurden einerseits aus der Literatur der früheren beiden Projektteile und andererseits aus der Liste der 10 empfohlenen Skalen und Scores der ÖGNER zusammengestellt. Der Erstentwurf des Fragebogens wurde von zwei RehabilitationsexpertInnen unabhängig voneinander begutachtet und kommentiert. Nach Einbringung der Verbesserungsvorschläge wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet. Schließlich wurde der Fragebogen in 6 Punkte (A bis G) gegliedert. Der Gliederung des Fragebogens ist in Tabelle 2.1-1 dargestellt.

Fragebogen

...umfasst 46  
Messinstrumente

Gliederung in 6  
Teilbereiche

Tabelle 2.1-1: Gliederung des Fragebogens

A	Einsatz von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten
B	Einsatz von diagnosespezifischen Messinstrumenten
C	Erheben von individuellen PatientInnenziele und Prognosefaktoren
D	Dokumentation und Evaluation der Datenerhebungen
E	Pilotprojekte zu "Messen in der Neuro- bzw. Trauma-Rehabilitation"
F	Möglichkeiten und Grenzen von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten
G	Fragen zur Rehabilitationseinrichtung

Der Fragebogen wurde in Form eines Wordformulars erstellt, welcher elektronisch verschickt und ausgefüllt werden kann. Es gibt sowohl die Möglichkeit Zutreffendes anzukreuzen als auch Freitext zu ergänzen. Darüber hinaus enthält der Fragebogen einige Kommentarfelder, in denen persönliche Anmerkungen vermerkt werden können (siehe Anhang).

Wordformular

### 2.2 Vorgehensweise

Um nur jene Zentren in der Befragung abzubilden, die routinemäßig PatientInnen der Neurorehabilitation betreuen, wurde als Einschlusskriterium eine Anzahl von 20 Betten in der Neurorehabilitation oder Neuro-/Unfallchirurgie definiert. Dieses Kriterium traf auf insgesamt 20 österreichische Rehabilitationseinrichtungen zu, welche am 22.12.2009 angeschrieben wurden. In der Tabelle 2.2-1 werden die inkludierten Rehabilitationskliniken aufgelistet.

Einschlusskriterium:  
mindestens 20 Betten  
erfüllen 20 Reha-  
Einrichtungen

Tabelle 2.2-1: Inkludierte Rehabilitationseinrichtungen

Nr.	Träger	Name
1	SVB	Herz-Kreislauf- und Neurorehabilitationszentrum Bad Hall
2	AUVA	Rehabilitationszentrum Häring
3	Privat	Kurhotel Bad Pirawarth GmbH & Co KG Kur- und Rehabilitationszentrum Bad Pirawarth
4	Privat	Reha Radkersburg Klinik Maria Theresia
5	PVA	Sonderkrankenanstalt Bad Schallerbach
6	PVA	Sonderkrankenanstalt Gröbming
7	PVA	Sonderkrankenanstalt Großmain
8	Land Kärnten	Öffentliche Gailtal-Klinik Hermagor
9	Privat	Klinik Judendorf-Straßengel
10	AUVA	Rehabilitationszentrum Weißer Hof
11	PVA	Sonderkrankenanstalt Laab im Walde
12	Privat	Privatklinik Laßnitzhöhe
13	AUVA	Rehabilitationsklinik Tobelbad
14	BVA	Therapiezentrum Buchenberg
15	SVA GW	Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel
16	AUVA	Rehabilitationszentrum Wien-Meidling
17	Privat	Klinik Wilhering GmbH
18	Privat	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach
19	Privat	Sonderkrankenanstalt Zicksee
20	Privat	Sonderkrankenanstalt für med. Rehabilitation - Thermenhof Warmbad-Villach

*SVB Sozialversicherungsanstalt der Bauern, AUVA Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, PVA Pensionsversicherungsanstalt, BVA Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, SVA GW Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft*

**Aussendung per Email**

Der Fragebogen wurde gemeinsam mit einem Begleitschreiben per Email an die ärztliche Leitung gesendet (siehe Anhang). Bereits vor der Versendung des Fragebogens wurde ein Brief des HVB an die teilnehmenden Zentren geschickt (ebenfalls per Mail), in dem die Fragebogenerhebung angekündigt wurde.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Vorerst wurde zur Rücksendung eine Frist bis zum 8.1.2010 gegeben. Da nur zwei Fragebögen (10 %) bis zu dieser Frist retourniert wurden, wurde mittels Erinnerungsmail an die restlichen Rehabilitationskliniken eine Nachfrist bis zum 15.1.2010 gegeben. Der Rücklauf bis zum 15.1.2009 erhöhte sich daraufhin auf sechs Fragebögen (30 %). Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit den Zentren erhöhte sich die Rücklaufquote bis zum 10.02.2010 auf zehn Fragebögen<sup>1</sup> (50 %). Zusätzlich gaben drei Rehazentren an, dass sie nur wenige PatientInnen der Neurorehabilitation betreuen und daher den Fragebogen nicht beantworten können. Werden diese von der Berechnung ausgeschlossen, ergibt sich eine Rücklaufquote von 58,8 % (siehe Abbildung).

In der Tabelle 3.1-1 wird die Anzahl an retournierten Fragebögen den Trägern der Rehabilitationseinrichtung gegenübergestellt. Alle vier an Zentren der Pensionsversicherungsanstalt ausgeschickten Fragebögen wurden beantwortet. Von den acht angeschriebenen privaten Einrichtungen wurden zwei Fragebögen retourniert. Drei private Einrichtungen konnten den Fragebogen nicht ausfüllen, weil sie zu wenige PatientInnen der Neurorehabilitation behandeln. Des Weiteren wurde jeweils einer vom Land (von einem), der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (von vier), der Sozialversicherung der Bauern (von einem) und der Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft (von einem) zurückgesendet. Von der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter wurde kein Fragebogen retourniert.

**Nachfrist & telefonische Kontaktaufnahme**

**10 Fragebögen retourniert**

**zusätzlich 3 Einrichtungen „zu kleine“ Zentren**

**Anzahl der retournierten Fragebögen nach Träger**

*Tabelle 3.1-1: Anzahl der ausgeschickten und retournierten Fragebögen pro Träger*

Nr.	Träger	Retournierte Fragebögen	Ausgeschickte Fragebögen
1	PVA	4	4
2	Privat	2 (+3) *	8
3	Land Kärnten	1	1
4	AUVA	1	4
5	SVB	1	1
6	SVA GW	1	1
7	BVA	0	1
Gesamt		10	20

*\*3 Einrichtungen haben keine oder zu wenige PatientInnen der Neurorehabilitation. PVA Pensionsversicherungsanstalt, AUVA Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, SVB Sozialversicherungsanstalt der Bauern, SVA GW Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, BVA Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter*

<sup>1</sup> Von einer Einrichtung wurden drei Fragebögen zurückgesendet, die jeweils von verschiedenen Berufsgruppen ausgefüllt wurden. Die Daten wurden zu einem Datensatz zusammengefasst.

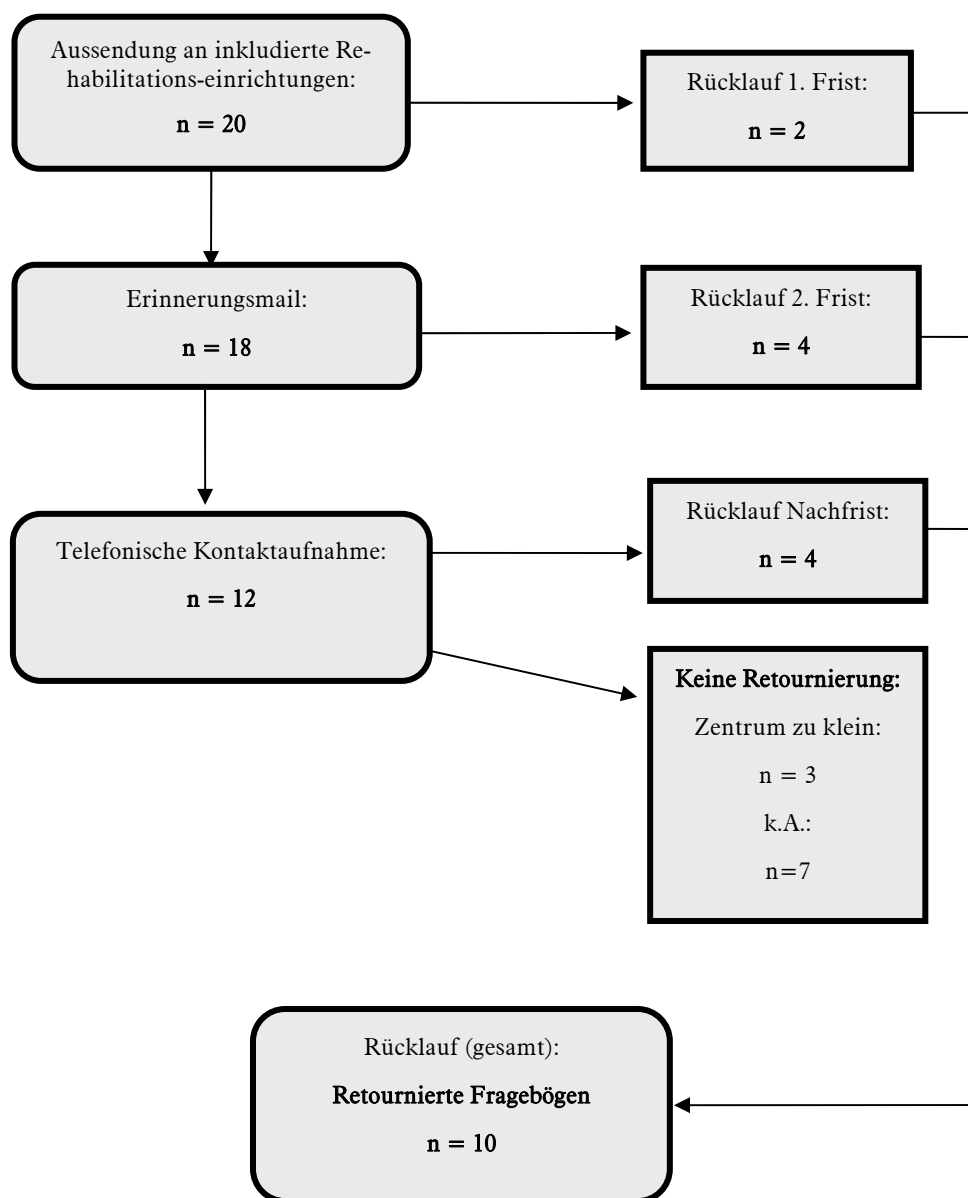


Abbildung: 3.1-1: Rücklauf der Befragung österreichischer Neurorehaeinrichtungen

**wenige Einrichtungen  
mit Zusatzschwerpunkt  
Traumarehabilitation**

Alle zehn Einrichtungen gaben an, einen Schwerpunkt in der Neurorehabilitation zu haben, zwei nennen zusätzlich einen Schwerpunkt in der Traumarehabilitation. Darüber hinaus wurden Stütz- und Bewegungsapparat (3 Nennungen), Orthopädie (2), Herz-Kreislauf (2), Gelenkstraumatologie (1), interne Berufskrankheiten und Kinderrehabilitation (1) als weitere Schwerpunkte angegeben.

Der Median beträgt für die Stichprobe 146 (133;154) Betten insgesamt und 42 (32;123) Betten in der Neurorehabilitation. Die Anzahl der Betten für die Traumarehabilitation wurde lediglich einmal genannt. Diese Einrichtung verfügt über 120 Betten für diesen Indikationsbereich. Des Weiteren behandeln die befragten Rehabilitationseinrichtungen jährlich im Mittel (Median) 919 (330;1455) neurologische PatientInnen und 75 Trauma-PatientInnen. Die Rehabilitationsdauer in den Einrichtungen beträgt in der Neurorehabilitation 31 (28;35) Tage und in der Traumarehabilitation 32 Tage (siehe Tabelle 3.1-2).

**Median:**

**146 Betten gesamt**

**42 Betten Neuroreha**

**919 PatientInnen/ Jahr**

**31 Tage Rehadauer**

*Tabelle 3.1-2: Fünf-Punkte-Zusammenfassung der Stichprobe*

Parameter	n =	Min	1. Quartil	Median	3. Quartil	Max
Betten (gesamt)	10	120	133	146	153,5	220
Betten (Neuro)	9	20	31,5	42	122,75	140
Betten (Trauma)	1	-	-	120	-	-
PatientInnen pro Jahr (Neuro)	7	268	329,5	918,5	1455	1800
Patienten pro Jahr (Trauma)	2	50	-	75	-	100
Rehadauer in Tagen(gesamt)	5	21	22,75	31,5	35	37
Rehadauer in Tagen(Neuro)	8	28	28	31	35	42
Rehadauer in Tagen (Trauma)	2	28	-	31,5	-	35

*n Anzahl der Nennungen, Min Minimum, Max Maximum*

## 3.2 Einsatz von Messinstrumenten

### 3.2.1 Diagnoseübergreifende Messinstrumente

#### Regelmäßiger Einsatz

Von den 30 diagnoseübergreifenden Messinstrumenten, die abgefragt wurden, sind 18 in regelmäßiger Verwendung<sup>2</sup>. Alle zehn Einrichtungen gaben an, die 10-Meter-Gehzeit/10m-GZ und den Nine-hole-Peg-Test/NHPT durchzuführen. Darüber hinaus verwenden 9 Einrichtungen den 2-Minuten-Gehstrecke/2min-GS, den Barthel Index/BI und die Schmerz-Visuellanalogskala/VAS. Zu den häufig verwendeten Messinstrumenten zählen weiter die Rankin Skala/RS und die Functional Ambulation Categories/FAC (jeweils 5 Nennungen). Nur vereinzelte Verwendung finden der Frühreha-Barthel-Index/FRB (3 Nennungen), die Berg Balance Scale/BBS, die Disability Rating Scale/DRS, der Functional Independence Measure/FIM, der Goodglass und Kaplan Kommunikationsscore/G+KKS, der Neuromentalindex/NMI und die modifizierte Rankin Skala/mRS (jeweils 2

**generische Instrumente:**

**18 von 30 in  
regelmäßigem Einsatz**

<sup>2</sup> Unter „regelmäßiger Verwendung“ wird verstanden, dass mindestens eine Rehabilitationseinrichtung dieses Messinstrument für gewöhnlich einsetzt.

Nennungen). Nur eine Nennung erhielten die Functional Status Examination/FSE, das Nottingham Health Profile/NHP, die self-rated burden Scale/SRBS und der Short Orientation Memory and Concentration Test/SOMCT.

**zusätzlich  
projektbezogener  
Einsatz weiterer  
Instrumente**

Zusätzlich wurde zwei Mal angegeben, dass die Medical Outcome Study Short Form 36/SF-36 bei Projekten zur Ergebnismessung und der FIM und EuroQol Quality of Life Scale/EQ-5D bei klinischen Studien verwendet werden. Die Rankin Scale/RS ist zusätzlich zu den fünf Rehabilitationseinrichtungen in einer sechsten Institution im Zuge des Projekts integrierte Schlaganfallversorgung in Verwendung.

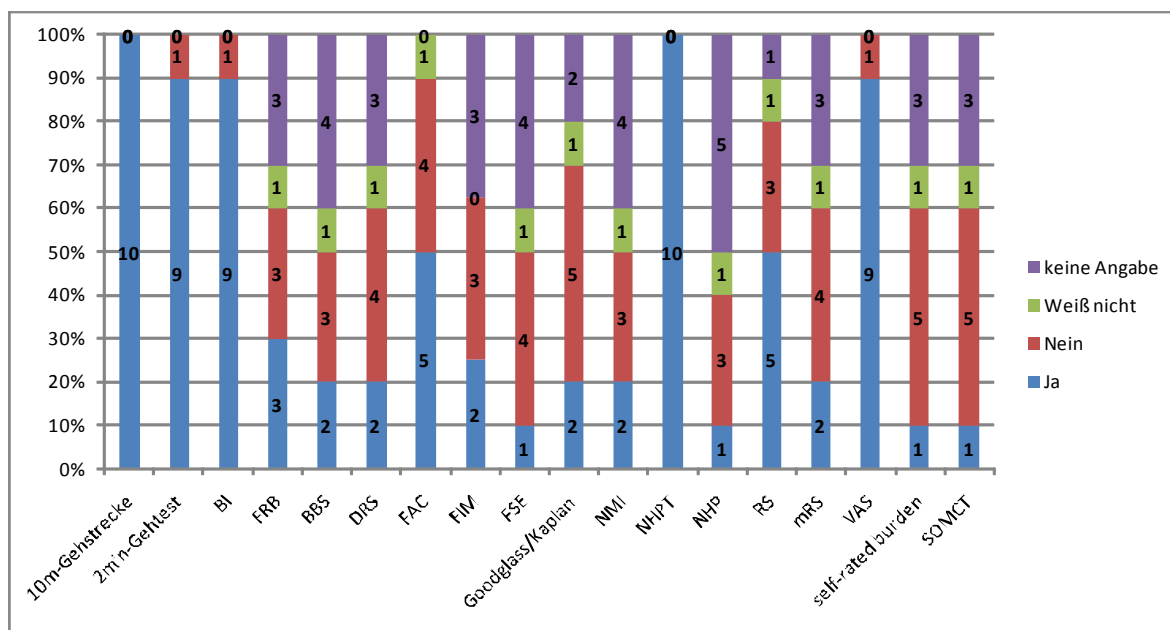


Abbildung 3.2-1: Regelmäßiger Einsatz von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten

**zusätzlich 25 motorisch-  
funktionelle und  
somatosensorische bzw.  
kognitive Leistungstests  
ergänzt**

Zusätzlich zu der vorgegebenen Liste mit generischen Messinstrumenten gab es die Möglichkeit, weitere Assessmenttools, welche in der Rehabilitationseinrichtung zum Einsatz kommen, zu ergänzen. Es wurden 25 weitere Tests angegeben. In der Tabelle 3.2-1 sind die ergänzten motorisch-funktionellen und somatosensorischen Tests sowie kognitiven Leistungstests<sup>3</sup> mit ihrer Anzahl an Nennungen gelistet.

<sup>3</sup> Kognitive Leistungstests unterscheiden sich von Skalen und Scores durch das dahinter stehende Konstrukt. Während Skalen und Scores das Vorhandensein und Nichtvorhandensein von Fähigkeiten testen, prüfen kognitive Leistungstests, ob die Testperson von einer Normstichprobe abweicht (schriftliche Auskunft: Heger, 11.2.2010).



Tabelle 3.2-1: Ergänzte diagnoseübergreifende Messinstrumente

motorisch-funktionelle und somatosensorische Instrumente	Anzahl der Nennungen	Kognitive Leistungstests	Anzahl der Nennungen
Basic Activities of Daily Living Scale nach Katz/BADL	1	Regensburger Wortflüssigkeits-test/ RWT	1
Box and Block Test/B+B	1	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung/TAP	1
Handkontrolle/Hand-Ko (Handkraft, Faustschlusskraft, Pinch Gauge)	3	Wechsler Memory Scale/WMS-R	2
instrumentierte Ganganalyse/insGA	1	Benton-Test/BT	1
modif. Moberg Picking-Up-Test/mMPUT	1	Cognitrone/ COG	1
Neurologischer Reha-Score/NRS	1	Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene/ HAWIE	1
Performance Oriented Mobility Assessment/POMA (auch Tinetti-Test)	2	Intelligenzbasis-faktoren/IBF	1
Rivermead Motor Assessment/RMA	1	Wiener Determinations-test/DT	1
Semmes Weinstein Monofilamenttest/ SWMT	2	Nürnberger Altersinventar/ NAI	1
TEN-Test	1		
Up and Go Test/U+GT	1		
2-Punkt-Diskrimination/ 2P-Dis	2		
6min-Gehtest/6min-GT	1		

## Anwendungsmodalitäten

In den Tabellen 3.2-2 und 3.2-3 sind sowohl die Zeitpunkte der Verwendung als auch die Berufsgruppen, welche jene diagnoseübergreifenden Messinstrumente nutzen, dargestellt. Dabei behandelt die Tabelle 3.2-2 die vorgegebene Liste an generischen Messinstrumenten und die Tabelle 3.2-3 die von den Ausfüllern zusätzlich angegebenen Messinstrumente.

Die meisten Messinstrumente werden bei der Aufnahme und/oder Entlassung angewendet. Eine wöchentliche Anwendung der Skalen und Scores kommt eher selten vor, beispielsweise beim BI, NHPT oder der instrumentierten Ganganalyse. Relativ wenige Messinstrumente werden zusätzlich bei Bedarf angewendet. Zusätzlicher Bedarf entsteht meist bei unerwartetem Rehabilitationsverlauf, einem Verlängerungsantrag, Verschlechterungen des Zustandes, Veränderungen in Funktion und Selbstständigkeit oder nach dem Ermessen der Berufsgruppen. Die BBS wird in *einer* Einrichtung bei Bedarf im Rahmen der Ganganalyse ergänzend durchgeführt. Der Up and Go Test/U+GT wird im Zuge einer Videometrie durchgeführt.

Andere Zeitpunkte wurden nur bei dem BI (alle zwei Wochen), dem FIM (alle drei bzw. zehn Wochen) und der Schmerz-VAS (mehrmals täglich) angegeben. Die 10m-GZ und 2min-GS werden überwiegend von PhysiotherapeutInnen durchgeführt. Der NHPT wird in allen Einrichtungen von ErgotherapeutInnen angewendet; die RS zumeist von ÄrztInnen. Nur eine Einrichtung gab an, dass diese sowohl von ÄrztInnen als auch vom diplomierten Pflegepersonal durchgeführt wird. Es gibt dennoch kaum Skalen und Scores

**Verwendung meistens bei Aufnahme & Entlassung**

**zusätzlicher Bedarf z.B. bei unerwartetem Rehaerlauf**

**Skalen & Scores werden meistens von mehreren Professionen verwendet**

res, welche von nur einer Profession angewendet werden. So werden beispielsweise der BI und der FRB sowohl von ÄrztInnen als auch von diplomierten KrankenpflegerInnen angewendet, die BBS sowohl von PhysiotherapeutInnen als auch von SportwissenschaftlerInnen und die FAC von ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen und der Goodglass und Kaplan Kommunikationsscore von ÄrztInnen und LogopädInnen. Es gibt jedoch kein Messinstrument, welches bei so vielen Berufsgruppen in Verwendung kommt wie die Schmerz-VAS. Diese wird von MedizinerInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und den PatientInnen (als ausfüllende Personen) genutzt. Auch der Neuroreha-Score/NRS wird von ÄrztInnen, der Pflege und von TherapeutInnen angewendet.

Tabelle 3.2-2: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Professionen der diagnoseübergreifenden Messinstrumente

	10m-GZ	2min-GS	BI	FRB	BBS	DRS	FAC	FIM	FSE	G+KKS	NMI	NHPT	NHP	RS	mRS	VAS	SRBS	SOMCT
n =	10	9	9	3	2	2	5	2	1	2	2	10	1	5	2	9	1	1
Aufnahme	8	8	8	3	1	2	5	2	1	2	2	10	1	5	2	8	1	1
Entlassung	9	9	8	3	1	1	4	2	0	2	2	9	1	4	1	8	1	1
Wöchentlich	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
bei Bedarf	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein
andere Zeitpunkte	nein	nein	alle 2 W	nein	nein	nein	nein	nach 3 W, 10 W	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	mehrmals täglich	nein	nein
k.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Profession/en (Nennungen)	Med (1), PT (9)	Med (1), PT (8)	Med (5), Pfl (8)	Med (2), Pfl (3)	PT (1), SW (1)	Med (2)	Med (2), PT (3)	Pfl (2)	Med (1)	Med (2), LP (2)	Med (1), Psy (1)	ET (10)	ET (1)	Med (5), Pfl (1)	Med (2), Pfl (1)	Med (5), Pat (3), PT (3), ET (3), Psy (1)	Ang (1)	Med (1)

10m-GZ 10m-Gehzeit, 2min-GS 2min-Gehstrecke, BI Barthel Index, FRB Frühreha-Barthel Index, BBS Berg Balance Scale, DRS Disability Rating Scale, FAC Functional Ambulation Categories, FIM Functional Independence Measure, FSE Functional State Examination, G+KKS Goodglass and Kaplan Kommunikationsscore, NMI Neuromentalindex, NHPT Nine-Hole-Peg-Test, NHP Nottingham Health Profile, RS Rankin Scale, mRS modifizierte Rankin Scale, VAS Schmerz-Visuell-Analogskala, SRBS Self-rated burden Scale, SOMCT Short Orientation Memory and Concentration Test; W Wochen; Ang Angehörige, ET Ergotherapie, LP Logopädie, Med Medizin, Pat PatientInnen, Pfl Pflege, Psy (Neuro-)Psychologie, PT Physiotherapie, SW Sportwissenschaft.

Tabelle 3.2-3: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Professionen der ergänzten diagnoseübergreifenden Messinstrumente

	BADL	B+BT	Hand-Ko	insGA	mMPUT	NRS	POMA	RMA	SWMT	Ten-T	U+GT	2-P-Dis	6min-GT	RWT	TAP	WMS-R	BT	COG	DT	HAWIE	IBF	NAI
n =	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Aufnahme	1	1	3	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Entlassung	1	1	3	0	1	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
Wöchentlich	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
bei Bedarf	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Profession/en (Nennungen)	ET (1)	ET (1)	ET (3)	PT (1), SW (1)	ET (1)	Med (1), Pfl (1), Th (1)	ET (1), PT (1)	PT (1)	ET (2)	ET (1)	SW (1)	ET (1)	PT (1)	Psy (1)	Psy (1)	Psy (2)	Psy (1)	Psy (1)	Psy (1)	Psy (1)	Psy (1)	Psy (1)

*BADL Basic Activities of Daily Living Scale, B+B T Box and Block Test, Hand-Ko Handkontrolle, insGA instrumentierte Ganganalyse, mMPUT modifizierter Moberg Picking-Up-Test, NRS neurologischer Reha-Score, POMA Performance Oriented Mobility Assessment, RMA Rivermead Motor Score, SWMT Semmes Weinstein Monofilamenttest, Ten-T Ten-Test, U+GT Up and Go Test, 2-P-Dis 2-Punkt-Diskrimination, 6min-GT 6min-Gehtest, RWT Regensburger Wortflüssigkeitstest, TAP Testatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, WMS-R Wechsler Memory Scale, BT Bentontest, COG Cognitrone, DT Wiener Determinationstest, HAWIE Hamburger Wechsler Intelligenztest für Erwachsene, IBF Intelligenzbasisfaktoren, NAI Nürnberger Altersinventar; ET Ergotherapie, Med Medizin, Pfl Pflege, Psy (Neuro-)Psychologie, PT Physiotherapie, SW Sportwissenschaft, Th Therapie (nicht genauer spezifiziert)*

### 3.2.2 Diagnosespezifische Messinstrumente

Insgesamt wurden 16 diagnosespezifische Messinstrumente nach ihrer regelmäßigen Verwendung abgefragt. Von diesen werden sechs Messinstrumente regelmäßig genutzt. Sowohl die Mini Mental State Examination/MMSE (8 Nennungen) als auch die Expanded Disability Status Scale/EDSS (7 Nennungen) werden häufig in Rehabilitationseinrichtungen verwendet. Im Gegensatz dazu gehört die National Institute of Health Stroke Scale/NIHSS, der Beck-Depressions-Inventar/BDI und die Koma-Remissions-Skala/KRS (jeweils 3 Nennungen) zu den eher selten verwendeten Messinstrumenten. Die Glasgow Coma Scale/GCS ist in nur einer Einrichtung im Einsatz.

**spezifische Instrumente:**

**6 von 16 regelmäßig genutzt**

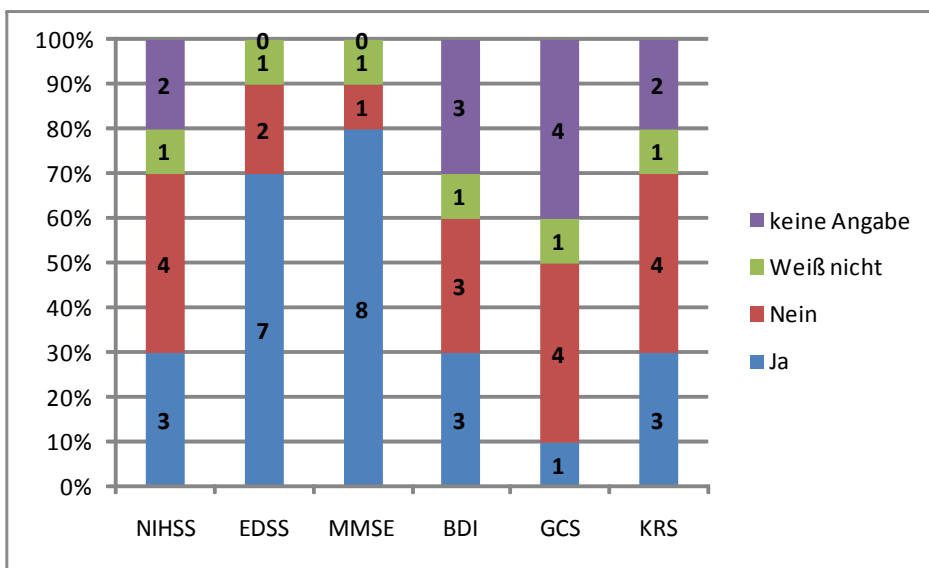


Abbildung 3.2-2: regelmäßiger Einsatz von diagnosespezifischen Messinstrumenten

Zu der vorgegebenen Liste mit diagnosespezifischen Messinstrumenten wurden darüber hinaus 12 weitere Messinstrumente genannt, welche in den Rehabilitationskliniken verwendet werden. In der Tabelle 3.2-2 sind die Instrumente mit ihren Indikationsbereichen und Anzahl an Nennungen aufgelistet.

**12 weitere Messinstrumente genannt**

Tabelle 3.2-4: ergänzte diagnosespezifische Messinstrumente

Instrument	Indikation	Anzahl der Nennungen
Aachener Aphasietest/AAT	Aphasie	1
Aphasie Checkliste/ACL	Aphasie	1
Aphasie Schnelltest/AST	Aphasie	1
Ashworth Skala/AS	Spastik	1
Body Mass Index/BMI	Übergewicht	1
Consortium to Establish A Registry for Alzheimer's Disease/CERAD	Morbus Alzheimer	2
Hoehn and Yahr Scale/H&YS	Morbus Parkinson	1
Letter Cancellation Test/LCT	Neglect	1
Motor Activity Log/MAL	Hemiparese	1
Uhrentest/UT	Demenz	1
Unified Parkinson Disease Rating Scale/UPDRS	Morbus Parkinson	1
Wolf Motor Function Test/WMFT	Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma	1

### Anwendungsmodalitäten

#### meistens bei Aufnahme & Entlassung genutzt

#### Zuordnung der Instrumente zu Berufsgruppen relativ klar

In der Tabelle 3.2-5 sind die Zeitpunkte der Verwendung und die Berufsgruppen, welche die diagnosespezifischen Messinstrumente anwenden, (inklusive der von den Ausfüllern ergänzten Messinstrumente) dargestellt. Wie auch bei den generischen Messinstrumenten zeigt sich, dass die meisten Skalen und Scores bei der Aufnahme und/oder Entlassung eingesetzt werden. Nur vereinzelte Tests werden wöchentlich wiederholt. Die KRS wird in einer Einrichtung wöchentlich eingesetzt, in einer anderen Einrichtung alle 2 Wochen. Der Body Mass Index/BMI wird wöchentlich nur bei Dysphagie kontrolliert. Generell werden diese Instrumente nicht bei Bedarf eingesetzt, mit Ausnahme von dem Motor Activity Log/MAL und dem Wolf Motor Function Test/WMFT. Diese werden innerhalb der Forced-Used-Therapie von ErgotherapeutInnen eingesetzt. Die MMSE wird in einer Einrichtung einmal innerhalb des Rehabilitationsaufenthaltes angewendet. Die Zuordnung der Tests zu einer bestimmten Berufsgruppe ist bei den diagnosespezifischen Tests relativ klar. So werden Instrumente zur Bestimmung einer Aphasie von LogopädInnen eingesetzt, der Consortium to Establish A Registry for Alzheimer's Disease/CERAD zur Bestimmung von Morbus Alzheimer wird in beiden Einrichtungen von PsychologInnen verwendet. Lediglich der BMI und die MMSE werden von zwei Berufsgruppen eingesetzt. Der BMI wird von diplomierten KrankenpflegerInnen und von DiätologInnen genutzt, die MMSE von ÄrztInnen und PsychologInnen. Die KRS ist in einer Einrichtung bei dem gesamten Rehabilitationsteam im Einsatz, in den anderen beiden Einrichtungen wird diese nur von ÄrztInnen verwendet.

Tabelle 3.2-5: Zeitpunkte der Verwendung und verwendende Berufsgruppen der diagnosespezifischen Messinstrumente

	AAT	ACL	AST	AS	BDI	BMI	CERAD	EDSS	GCS	H&YS	KRS	LCT	MMSE	MAL	NIHSS	UT	UPDRS	WMFT
n=	1	1	1	1	3	1	2	7	1	1	3	1	8	1	3	1	1	1
Aufnahme	1	1	1	1	0	1	2	6	0	1	2	1	6	1	3	1	1	1
Entlassung	1	1	1	1	0	0	1	4	0	1	2	1	3	1	2	1	1	1
Wöchentlich	0	0	0	0	0	bei Dysphagie	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
bei Bedarf	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja
andere Zeitpunkte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	alle 2 W	0	1x	0	0	0	0	0
k.A.	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Profession/en	LP (1)	LP (1)	LP (1)	Med (1)	Psy (2)	Pfle (1), DL (1)	Psy (2)	Med (7)	Med (1)	Med (1)	ges. Re- hateam (1), Med (2)	Psy (1)	Med (4), Psy (4)	ET (1)	Med (3)	Psy (1)	Med (1)	ET (1)
Indikation	Aphasie	Aphasie	Aphasie	Spastik	Depression	Übergewicht	Morbus Alzheimer	Multiple Sklerose	Akuter-eignis, Schädel-Hirn-Trauma	Parkinson	Koma	Neglect	Demenz	Hemiparese	Schlaganfall	Demenz	Parkinson	Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma

*AAT Aachener Aphasietest, ACL Aphasie Checkliste, AST Aphasie Schnelltest, AS Ashworth Skala, BDI Beck-Depressions-Inventar, BMI Body Mass Index, CERAD Consortium to Establish A Registry for Alzheimer's Disease, EDSS Expanded Disability Status Scale, GCS Glasgow Coma Scale, H&YS Hoehn and Yahr Scale, KRS Koma-Remissions-Skala. LCT Letter Cancellation Test, MMSE Mini Mental State Examination, MAL Motor Activity Log, NIHSS National Institute of Health Stroke Scale, UT Uhrentest, UPDRS Unified Parkinson Disease Rating Scale, WMFT Wolf Motor Function Test; DL Diätologie, ET Ergotherapie, LP Logopädie, Med Medizin Pflge Pflege, Psy (Neuro-)Psychologie*

### 3.2.3 Nicht eingesetzte Messinstrumente

von den gesamt 46  
abgefragten  
Instrumenten nicht im  
regelmäßigen Einsatz:

12 generische  
Instrumente  
10 spezifische  
Instrumente

Es gibt 12 diagnoseübergreifende Messinstrumente, welche von keiner Rehabilitationseinrichtung regelmäßig verwendet werden (nur Nennungen mit nein, weiß nicht oder keine Angabe). Dazu gehören: Community Integration Questionnaire/CIQ, Craig Handicap Assessment and Reporting Technique/CHART, Frenchay Activities Index/FAI, Functional Independence Measure & Functional Assessment Measure/FIM+FAM, Independent Living Scale/ILS, Indikatoren des Rehasstatus/IRES, Motricity Index and Trunk Control Test/MI+TCT, Orpington Prognostic Scale/OPS, Pediatric Risk Indicator/PRI und Selbstständigkeitsindex/SINGER.

Des Weiteren werden zehn diagnosespezifische Messinstrumente von keiner der befragten Rehabilitationseinrichtung regelmäßig verwendet (nur Nennungen mit nein, weiß nicht oder keine Angabe). Dazu gehören: Fugl-12 generische Instrumente Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke/FMA, Glasgow Outcome Scale/GOS, Injury Severity Score/ISS, New Injury Severity Score/NISS, Pediatric Trauma Score/PTS, Revised Trauma Score/RTS, Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire/RPQ, Stroke Impact Scale Version 3.0/SIS 3.0, Stroke Specific Quality of Life Scale/SSQoL und Trauma and Injury Severity Score/TRISS<sub>RTS</sub>.

## 3.3 PatientInnenziele und Prognosefaktoren

### 3.3.1 Individuelle PatientInnenziele

Vereinbarung meistens  
bei Aufnahme  
mehrere Berufsgruppen  
Auswertung in „nur“ 50  
% der Einrichtungen

Alle befragten Rehabilitationseinrichtungen gaben an, individuelle PatientInnenziele zu vereinbaren. Neun der zehn Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren die PatientInnenziele bei der Aufnahme und drei überprüfen diese bei der Entlassung. Vier Rehabilitationszentren vereinbaren wöchentlich neue Ziele. Ein Zentrum gab an, dass es Zwischenevaluierungen der Ziele gibt. PatientInnenziele werden in einer Einrichtung von dem gesamten Rehabilitationsteam vereinbart. Ansonsten sind MedizinerInnen (8 Nennungen), PatientInnen (6), diplomierte KrankenpflegerInnen (5), PhysiotherapeutInnen (6), ErgotherapeutInnen (5) und LogopädInnen (3) bei der Vereinbarung von PatientInnenzielen beteiligt. Nur die Hälfte der Rehabilitationseinrichtungen (5) wertet die Erreichung der PatientInnenziele auch aus. In vier dieser Einrichtungen werten ÄrztInnen, in einer diplomierte KrankenpflegerInnen die individuellen PatientInnenziele aus (siehe Tabelle 3.3-1).



Tabelle 3.3-1: individuelle PatientInnenziele

Vereinbarung	10
Zeitpunkte	
• Aufnahme	9
• Entlassung	3
• Wöchentlich	4
• bei Bedarf	vorzeitige Zielerreichung, Zielerweiterung, unerwartetem Reha-verlauf, Verlängerungsantrag, Pflegeassessment, Selbstständigkeitsdefizit, -änderung
• andere Zeitpunkte	Zwischenevaluierung
Profession/en bei Vereinbarung	ges. Reha-team (1), Med (8), Pfle (5), Pat (6), PT (6), LP (3), ET (5)
Auswertung	5
Profession/en bei Auswertung	Med (4), Pfle (1)

Vier Einrichtungen machten Angaben zum Erreichungsgrad der individuellen PatientInnenziele, wobei zwei davon im Fragebogen nicht angaben, die PatientInnenziele auszuwerten (keine Angabe). Eine dieser Einrichtungen vermerkte in einem Kommentar, dass es sich um eine Schätzung handelt. Zwei Einrichtungen gaben 70 % an, eine 80-90 % und eine 90-95 %.

**durchschnittlicher Ziel-Erreichungsgrad (z.T. geschätzt):**

**ca. 80 %**

### 3.3.2 Prognosefaktoren

Sechs Einrichtungen erheben Faktoren zur Prognose von Rehabilitationsergebnissen. Zwei Institutionen gaben an, keine Prognosefaktoren zu erheben und zwei weitere machten keine Angabe. Die Angaben der Faktoren und ihrer Hilfsmittel zur Erhebung waren relativ ungenau. Teilweise wurden entweder nur Instrumente und Hilfsmittel oder nur Prognosefaktoren angegeben. Folgende 12 Prognosefaktoren wurden genannt:

**12 Prognosefaktoren genannt**

- ✿ Alter,
- ✿ Komorbidität,
- ✿ (In-)Kontinenz,
- ✿ Komadauer,
- ✿ posttraumatische Amnesie,
- ✿ Gangsicherheit,
- ✿ Sturzgefahr,
- ✿ Kraftdefizit und muskuläre Dysbalance,
- ✿ Greifkraft,
- ✿ Selbstständigkeit,
- ✿ internistische und orthopädische Rehabilitationsfähigkeit und
- ✿ funktionelle Aktivität.

**Verwendung  
unterschiedlicher  
Hilfsmittel**

Zu fünf Prognosefaktoren wurde das entsprechende Hilfsmittel genannt:

Die (In-)Kontinenz wird in drei Einrichtungen erhoben, jedoch in unterschiedlicher Weise. In einer Einrichtung werden Miktionsprotokolle und Restharnmessungen durchgeführt. In den zwei weiteren wird die (In-)Kontinenz mit Hilfe des BI bzw. des BADL erhoben. Darüber hinaus werden die Gangsicherheit mittels Ganganalyse (3 Nennungen), die Sturzgefahr mittels Posturographie (1), ein Kraftdefizit bzw. muskuläre Dysbalance mittels Isokinetik (1) und die funktionelle Aktivität mittels POMA erhoben (1) (siehe Tabelle 3.3-2).

*Tabelle 3.3-2: Prognosefaktoren und Hilfsmittel*

Faktor	Hilfsmittel	Nennungen
(In-)Kontinenz	Miktionsprotokoll, Restharnmessung, BI, BADL	3
Gangsicherheit	Ganganalyse	3
Sturzgefahr	Posturographie	1
Kraftdefizit, muskuläre Dysbalance	Isokinetik	1
funktionelle Aktivität	POMA	1

### 3.4 Ziele von Dokumentation und Evaluation

**Hauptziele:  
Dokumentation des  
Rehaverlaufs & internes  
Qualitätsmanagement**

Im Fragebogenteil "Dokumentation und Evaluation der Datenerhebungen" wurden fünf mögliche Ziele der Datenerhebung vorgegeben, welche von den ausfüllenden Personen angekreuzt werden konnten. Acht Einrichtungen führen Datenerhebungen zur Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und für das interne Qualitätsmanagement durch. Fünf Einrichtungen erheben Daten für Institutionsvergleiche, vier Einrichtungen für externes Qualitätsmanagement. Datenerhebungen für klinikinterne Kostenrechnungen führen drei Einrichtungen durch.

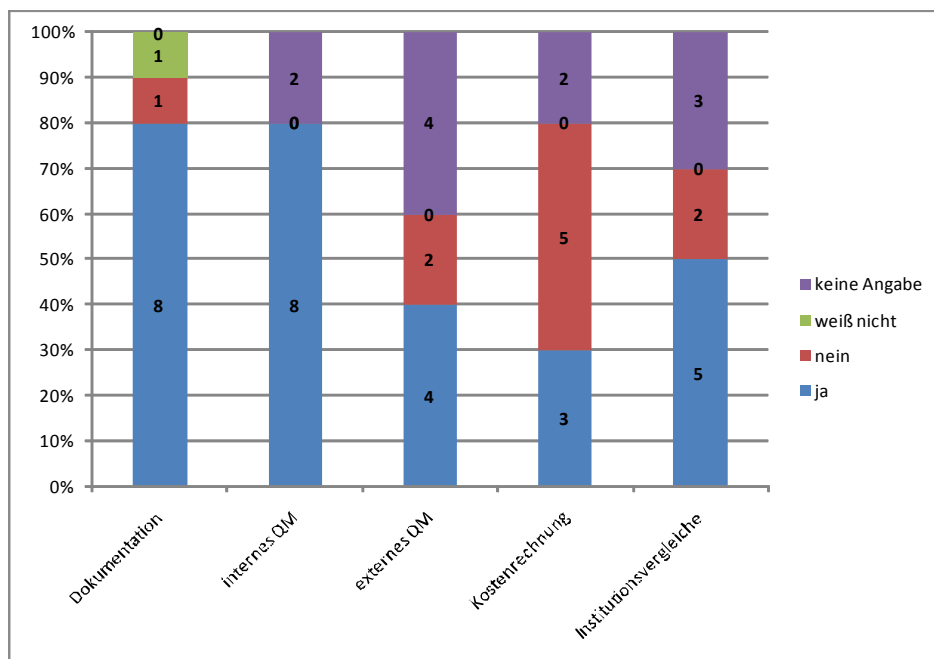


Abbildung 3.4-1: Ziele der Dokumentation

### 3.4.1 Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs

Instrumente, die zur Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs herangezogen werden, sind NHPT, 10m-GZ, 2min-GS, BI, VAS, NRS, RS, FIM und eine Besserungsskala.

Von den acht Einrichtungen, welche zur Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs Daten erheben, dokumentieren vier manuell und fünf elektronisch. (zwei Einrichtungen davon doppelt). Es wurde drei Mal angegeben, dass ÄrztInnen, diplomierte KrankenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen und ErgotherapeutInnen dokumentieren. Das gesamte Rehabilitationsteam und PsychologInnen wurden zwei Mal genannt.

Die Archivierung erfolgt in fünf Einrichtungen elektronisch und in drei Einrichtungen manuell, in einer sowohl manuell als auch elektronisch (Doppelarchivierung).

Auswertungen des Rehabilitationsverlaufs erfolgen in fünf Rehabilitationszentren. Die Auswertungen werden von unterschiedlichen Professionen durchgeführt: MedizinerInnen (3 Nennungen), diplomierte KrankenpflegerInnen (2), PsychologInnen (2), PhysiotherapeutInnen (1), ErgotherapeutInnen (1), aber auch EDV-Beauftragte (1), StatistikerInnen (1) und die Verwaltung (1) (siehe Tabelle 3.4-1).

**verschiedene Instrumente zur Rehadokumentation**

**manuelle & elektronische Dokumentation**

**unterschiedliche Berufsgruppen dokumentieren & werten aus**

### 3.4.2 Interne Qualitätssicherung

**unterschiedliche  
Messinstrumente,  
Fragebögen und  
Checklisten**

Für das interne Qualitätsmanagement werden von den Skalen und Scores der NHPT, die 10m-GZ, die 2min-GS, der BI, die VAS und der FIM verwendet. In zwei Einrichtungen werden außerdem Fragebögen (z.B. PatientInnenfragebögen) und in einer Einrichtung Checklisten eingesetzt.

Die Dokumentation zu internen Qualitätsmanagementzwecken erfolgt in fünf Einrichtungen manuell und ebenfalls in fünf Einrichtungen elektronisch (2 Doppeldokumentationen).

**Dokumentation durch  
verschiedene  
Berufsgruppen**

In drei Rehabilitationszentren wird die Dokumentation für das interne Qualitätsmanagement von dem gesamten Rehabilitationsteam durchgeführt. In den anderen Einrichtungen dokumentieren ÄrztInnen (4 Nennungen), diplomierte KrankenpflegerInnen (1), Physio- und ErgotherapeutInnen (2), PsychologInnen (2). In einer Institution dokumentieren PatientInnen für das interne Qualitätsmanagement (mittels Fragebogen).

Die Daten werden fünf Mal elektronisch abgespeichert und drei Mal manuell archiviert. Eine Einrichtung davon archiviert sowohl manuell als auch elektronisch (Doppelarchivierung).

**Auswertung meist durch  
MedizinerInnen**

Eine Auswertung der Daten wird in sieben der acht Einrichtungen durchgeführt. Die Auswertungen führen in der Hälfte der Einrichtungen MedizinerInnen durch. Darüber hinaus werden aber auch diplomierte KrankenpflegerInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, PsychologInnen, EDV-Beauftragte, die Verwaltung und ein Qualitätssicherungsteam zur Auswertung herangezogen (siehe Tabelle 3.4-1).

### 3.4.3 Externe Qualitätssicherung

**externes  
Qualitätsmanagement  
in 4 Zentren**

Vier Einrichtungen gaben an, gesammelte Daten für ein externes Qualitätsmanagement zu verwenden. Eine Rehabilitationseinrichtung hat DIN EN ISO 9001 eingeführt. Außerdem wird in weiteren Einrichtungen über den „Indikator Behandlungsbeginn“ bzw. mit dem FIM gearbeitet. In zwei der vier Einrichtungen wird ein Outcomemeasurement-Projekt durchgeführt. Innerhalb dieses Projektes werden der NHPT, die 10min-GZ, die 2min-GS, der BI, die VAS und der NMI eingesetzt.

Es wurde zwei Mal angegeben, dass die Dokumentation manuell und drei Mal dass sie elektronisch durchgeführt wird (zwei Doppeldokumentationen).

Die Dokumentation wird von ÄrztInnen, Diplomierten KrankenpflegerInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und Auditoren übernommen.

**Auswertung durch  
externe Institute oder  
interne  
Therapiekoordination**

Von den vier Einrichtungen werten drei die erhobenen Daten für externes Qualitätsmanagement aus. In zwei Fällen wird diese Arbeit von einem externen Institut (Quality Austria, Ludwig Boltzmann Institut für Rehabilitation interner Erkrankungen) und einmal von der klinikinternen Therapiekoordination übernommen.

Die Archivierung der Daten erfolgt in zwei Einrichtungen elektronisch und in einer manuell (davon eine Doppelarchivierung) (siehe Tabelle 3.4-1).

### 3.4.4 Klinikinterne Kostenrechnung

Drei Rehabilitationseinrichtungen führen eine klinikinterne Kostenrechnung. Ein entsprechendes Messinstrument für die Kostenrechnung wurde nur von einer Einrichtung genannt, nämlich der BI. Zwei Einrichtungen dokumentieren und archivieren auf elektronische Weise. Die Dokumentation wird von diplomierten KrankenpflegerInnen bzw. von der Verwaltung übernommen. Eine Auswertung durchzuführen, gab nur eine Einrichtung an. Diese wird von der Verwaltung durchgeführt (siehe Tabelle 3.4-1).

**Daten für klinikinterne Kostenrechnung in 3 Zentren verwendet**

### 3.4.5 Institutionsvergleiche

Institutionsvergleiche führen fünf Einrichtungen durch, davon machen dies zwei innerhalb eines Outcomemeasurement-Projekts.

**5 Einrichtungen verwenden Daten für Institutionsvergleiche**

Vier Einrichtungen dokumentieren und archivieren Daten für Institutionsvergleiche elektronisch, eine Institution macht dies manuell.

Die Dokumentation wird in einer Einrichtung von dem gesamten Rehabilitationsteam übernommen. Ansonsten fällt dies in den Bereich der MedizinerInnen, Diplomierte KrankenpflegerInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen und PsychologInnen.

Zwei Einrichtungen nannten die Instrumente zur Datenerhebung. In der einen werden Institutionen über Behandlungsstatistiken verglichen. In der anderen werden innerhalb des Outcomemeasurement-Projekts die Ergebnisse folgender Messinstrumente verglichen: NHPT, 10m-GZ, 2min-GS, BI, VAS und NMI.

Die Auswertung der Daten erfolgt in den drei Institutionen, welche dazu Angaben machten, jeweils unterschiedlich. Einmal übernimmt dies ein externes Institut (Ludwig Boltzmann Institut für Rehabilitation interner Erkrankungen), ein anderes Mal der/die EDV-Beauftragte und ein weiteres Mal ein/e ÄrztIn (siehe Tabelle 3.4-1).

### 3.4.6 Projekte, Publikationen, Leistungsangebotsplanung

Zusätzlich zu den oben genannten Zielen wurde von einer Rehabilitationseinrichtung das Ziel: „Projekte, Publikationen und Leistungsangebotsplanung“ genannt. Diese Institution dokumentiert hierfür sowohl händisch als auch elektronisch. Die Archivierung der Daten erfolgt jedoch nur elektronisch. Die Dokumentationen werden von dem gesamten Rehabilitationsteam übernommen. Die auswertende Profession sind ÄrztInnen (siehe Tabelle 3.4-1).

**gesamtes Rehateam dokumentiert, ÄrztInnen werten aus**

Tabelle 3.4-1: Dokumentation und Auswertung der Datenerhebungen

Ziel (Nennungen)	Instrumente (Nennungen)	Dokumentation (Nennungen)	Auswertung (Nennungen)	Archivierung (Nennungen)	dokumentierende Profession (Nennungen)	auswertende Profession (Nennungen)
Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs (n=8)	NHPT (2), 10m-GZ (2), 2min-GS (2), BI (3), VAS (2), Besserungsskala (1), NRS (1), RS (1), FIM (1)	man (4), elektr (5)	ja (5), nein (1)	man (3), elektr (5)	ges. Rehateam (2), Med (3), Pfl (3), PT (3), ET (3), Psy (2)	Med (3), Pfl (2), PT (1), ET (1), Psy (2), EDV-B (1), Stat (1), Verw (1)
internes Qualitätsmanagement (n=8)	NHPT (2), 10m-GZ (2), 2min-GS (2), BI (2), VAS (3), FIM (1), Fragebogen (2), Checklisten (1),	man (5), elektr (5)	ja (7), nein (1)	man (3), elektr (5)	ges. Rehateam (3), Med (4), Pfl (1), PT (2), ET (2), Psy (2), Pat (1)	Med (4), Pfl (1), PT (1), ET (1), Psy (1), EDV-B (1), Verw (1), QS-T (1)
externes Qualitätsmanagement (n=4)	NHPT* (1), 10m-GZ* (1), 2min-GS* (1), BI* (1), VAS* (1), NMI* (1), ISO 9001 (1), Indikator Behandlungsbeginn (1), FIM (1)	man (2), elektr (3)	ja (3), nein (0)	man (1), elektr (2)	Med (1), Pfl (2), PT (2), ET (2), Psy (1), Aud (1)	externes Institut (2), Th-K (1)
Kostenrechnung (n=3)	BI (1)	elektr (2)	ja (1), nein (0)	man (0), elektr (2)	Pfl (1), Verw (1)	Verw (1)
Institutionsvergleiche (n=5)	NHPT* (1), 10m-GZ* (1), 2min-GS* (1), BI* (1), VAS* (1), NMI* (1), Behandlungsstatistiken (1)	man (1), elektr (4)	ja (5), nein (0)	man (1), elektr (4)	ges. Rehateam (1), Med (2), Pfl (1), PT (1), ET (1), Psy (1)	Med (1), externes Institut (1), EDV-B (1)
andere Ziele: Projekte/Publikationen/Leistungsan gebotsplanung (n=1)	k.A.	man (1), elektr (1)	ja (1), nein (0)	man (0), elektr (1)	ges. Rehateam (1)	Med (1)

\* Anwendung im Rahmen eines Outcomemeasurement-Projektes; NHPT Nine-Hole-Peg-Test, 10m-GZ 10m-Gehzeit, 2min-GS 2min-Gehstrecke, BI Barthel Index, VAS Schmerz Visuell-Analogskala, NRS Neurologischer Reha-Score, RS Rankin Skala, FIM Functional Independence Measure, NMI Neuromentalindex; man manuell, elektr elektronisch; Aud Auditor, EDV-B EDV-Beauftragte/r, ET Ergotherapie, Med Medizin, Pat PatientInnen, Pfl Pflege, Psy (Neuro-)Psychologie, PT Physiotherapie, QS-T Qualitätssicherungsteam, Stat Statistiker, Th-K Therapie-Koordination, Verw Verwaltung.

### 3.4.7 Häufigkeit, Art und Konsequenzen der Auswertung

Zusätzlich zu den Zielen der Dokumentation und Auswertungen der Daten wurde abgefragt, wie häufig und in welcher Weise jene Daten ausgewertet werden und wer welche Konsequenzen aus den Ergebnissen zieht.

Wie in der Tabelle 3.4-2 abgebildet, werten drei Einrichtungen jährlich Daten aus. Eine Einrichtung davon gab an, dass es sich um den „Indikator Behandlungsbeginn“ und um Schmerz-Daten handelt. Auswertungen zu Ende eines Quartals werden ebenfalls von drei Einrichtungen durchgeführt. Diese werten Daten für das interne Qualitätsmanagement, für Institutionsvergleiche und für die Behandlungsstatistik aus. Monatliche Auswertungen werden mit dem BI bzw. Daten für die Kostenrechnung von zwei Einrichtungen durchgeführt. Zusätzlich ergänzten drei Einrichtungen, dass Datenauswertungen auch projektbezogen durchgeführt werden. Dafür werden Rehabilitationsziele, das NHP und der BI herangezogen. Außerdem werden „laufende Auswertungen“ (keine nähere Definition des Zeitintervalls) zum Rehabilitationsverlauf durchgeführt (eine Einrichtung).

**Auswertungen:**

**jährlich**

**quartalsweise**

**monatlich**

**projektbezogen**

**laufend**

*Tabelle 3.4-2: Häufigkeit der Auswertungen*

Häufigkeit	n=	Daten (Nennungen)
jährlich	3	Behandlungsbeginn (1), Schmerz (1), k.A. (2)
quartalsweise	3	internes Qualitätsmanagement (1), Institutsvergleich (1), Behandlungsstatistik (1), k.A. (1)
monatlich	2	BI (1), Daten zur Kostenrechnung (1)
anders: projektbezogen	3	Rehaziele (1), NHP (1), BI (1), k.A. (2)
anders: laufend	1	Rehaverlauf (1)

Sieben Einrichtungen führen Vollerhebungen in Bezug auf Rehabilitationsziele, BI und Behandlungsstatistiken durch. Drei Einrichtungen machen stichprobenartige Auswertungen, beispielsweise mit dem NHP und für Outcomemeasurement-Projekte (siehe Tabelle 3.4-3).

**häufig Vollerhebungen**

Die Ergebnisse der Datenerhebungen fließen in die Kooperation mit Zuweisern und in Personalbedarfsrechnungen ein. Zusätzlich werden daraus Maßnahmen für die interne und externe Qualitätssicherung abgeleitet. Weitere Konsequenzen der Datenerhebungen können Institutsvergleiche, Auslastungsüberprüfungen sowie Anpassung und Verbesserung von Prozessen und Qualität betreffen. Die entsprechenden Konsequenzen werden in der Regel von der Anstaltsleitung bzw. der kollegialen Führung der Rehabilitationseinrichtung gezogen.

**Konsequenzen werden von kollegialer Führung gezogen**

*Tabelle 3.4-3: Art der Auswertung*

Art	n=	Daten (Nennungen)
Stichprobe	3	NHP (1), Outcomemeasurement (1), k.A. (1)
Vollerhebung	7	Rehaziele (1), BI (2), Behandlungsstatistik (1), k.A. (3)

### 3.5 Pilotprojekte

<b>7 Pilotprojekte identifiziert</b>	Insgesamt konnten sieben österreichische Pilotprojekte durch die Fragebogenerhebung identifiziert werden. Nine-Hole-Peg-Test/NHPT
<b>Richtwerte für Nine-Hole-Peg-Test</b>	Ziel des Projektes war die Erstellung von Richtwerten für den NHPT. Dieses Pilotprojekt ist bereits abgeschlossen. Self-rated burden Scale/SRBS
<b>Anwendung der Self-rated-burden Scale</b>	Mit der SRBS soll die Belastung von Angehörigen geprüft werden. Eine standardmäßige Anwendung des Messinstruments wurde erprobt. Es zeigte sich jedoch, dass eine standardmäßige Anwendung aus Gründen der Machbarkeit nicht sinnvoll ist. Erstens sind die Angehörigen nicht immer bei Aufnahme und Entlassung anwesend. Zweitens entstand dadurch zum Teil Verunsicherung auf Seiten der Angehörigen und drittens waren die Angaben teilweise unplausibel. Die SRBS wird daher situativ eingesetzt.
<b>Skalenprojekt der ÖGNR zur Vereinheitlichung der Basisdokumentation</b>	Skalenprojekt der ÖGNR Das bereits abgeschlossene Projekt der ÖGNR wurde initiiert, um eine einheitliche Basisdokumentation in den österreichischen Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen. Integrierte Schlaganfallversorgung
<b>externe Qualitätssicherung bei Schlaganfall</b>	In Oberösterreich gibt es ein Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung. Ziel ist die Schaffung einer externen Qualitätssicherung. Neuroreha-Score/NRS
<b>interne Qualitätssicherung mittels Neuroreha-Score</b>	An einer Einrichtung wurde der Neuroreha-Score zur internen Qualitätssicherung getestet. Das Projekt führte zu dem Ergebnis, dass der Neuroreha-Score ein valides Messinstrument für den Outcome ist. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit/EFL
<b>interne Qualitätssicherung mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit</b>	An einer Rehabilitationseinrichtung wird das standardisierte Instrument Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit/EFL zur internen Qualitätssicherung angewendet. Dieses Projekt ist auch in zwei weiteren Rehabilitationseinrichtungen in Planung. Outcomemeasurement-Projekt
<b>Outcome-Measurement-Projekt</b>	Zwei Einrichtungen gaben an, dass derzeit ein zeitlich begrenztes Outcomemeasurement-Projekt durchgeführt wird. Ziel des Projektes sind Institutionsvergleiche anhand mitteld einfacher und wenig zeitaufwendiger Messinstrumente erhobener Outcomes. Als Messinstrumente werden der NHPT, die 10m-GZ, die 2min-GS, der BI, die VAS und der NMI verwendet.

### 3.6 Potentiale und Grenzen generischer Messinstrumente

<b>Meinung über Potentiale und Grenzen aus der Praxis</b>	Im Fragebogen gab es zusätzlich zu den Faktfragen auch Meinungsfragen. Durch die Meinungsfragen sollten die Ansichten von den in der Praxis arbeitenden Personen zu diagnoseübergreifenden Messinstrumenten widergespiegelt werden. Es wurde nach der Meinung über Potentiale und Grenzen
---	---



von generischen Messinstrumenten für die interne und externe Qualitätssicherung und die Vergütung abgefragt. Die Antworten wurden stichwortartig gegeben.

Für die interne Qualitätssicherung werden als Potentiale die Auswertung von Daten, die Verbesserung von Dokumentation, Motivation, interdisziplinärer Abläufe sowie der Qualität gesehen. Grenzen zeigen die zum Teil begrenzte Testgüte der Messinstrumente, da diese Ceiling-Effekte (Deckeneffekte) und zum Teil eine zu geringe Sensitivität und Spezifität aufweisen, um Veränderungen im Rehabilitationsverlauf festzustellen. Aber auch die Bürokratie, der damit verbundene hohe Zeitaufwand und das Nicht Akzeptieren der Maßnahmen von bestimmten MitarbeiterInnengruppen werden als problematisch angesehen (siehe Tabelle 3.6-1).

*Tabelle 3.6-1: Potentiale und Grenzen für interne Qualitätssicherung*

Potentiale	Grenzen
Auswertung von Stichproben	Testgüte: Ceiling-Effekte (Deckeneffekte), geringe Sensitivität und Spezifität
Verbesserte Dokumentation	Begrenzte Messgenauigkeit
Verbesserung der interdisziplinären Abläufe	Bürokratie und hoher Zeitaufwand
Qualitätssteigerung	Akzeptanz bei bestimmten Mitarbeitergruppen
Höhere Motivation	

Das am häufigsten genannte Potential für die externe Qualitätssicherung ist die Vergleichbarkeit mit anderen Institutionen, indem die gleichen Instrumente zur Dokumentation verwendet werden. Außerdem werden damit ganz allgemein Verbesserungen damit assoziiert. Spezifische Angaben, welche konkreten Verbesserungen gemeint sind, wurden nicht gemacht. Die genannten Grenzen von generischen Messinstrumenten für die externe Qualitätssicherung sind mit jenen für die interne Qualitätssicherung vergleichbar, jedoch kommt hier der unterschiedliche PatientInnenmix zusätzlich zum Tragen (siehe Tabelle 3.6-2).

*Tabelle 3.6-2: Potentiale und Grenzen für externe Qualitätssicherung*

Potentiale	Grenzen
Verbesserungen	Testgüte: Ceiling-Effekte (Deckeneffekte), geringe Sensitivität und Spezifität
Vergleichbarkeit, Institutionsvergleiche	Begrenzte Messgenauigkeit
Gleiche Instrumente für alle Einrichtungen	Bürokratie und hoher Zeitaufwand
	Akzeptanz bei bestimmten Mitarbeitergruppen
	PatientInnenmix

**Anwendung für interne Qualitätssicherung**

**Potentiale:**

**Verbesserung in Dokumentation, Motivation, Prozessen, Behandlungsqualität**

**Grenzen:**

**durch Testeigenschaften, Bürokratie, Zeitaufwand, Akzeptanz**

**Anwendung für externe Qualitätssicherung**

**Potentiale:**

**Vergleichbarkeit, „Verbesserungen“**

**Grenzen:**

**zusätzlich PatientInnenmix**

**Vergütung**  
**Potential:**  
**„Verbesserung“**  
**Grenze:**  
**Messgenauigkeit**

Zu den Potentialen und Grenzen der generischen Messinstrumente in Bezug auf eine Vergütung gab es nur zwei Antworten. Als ein Potential werden mögliche Verbesserungen genannt, wenn diese auch für sehr unwahrscheinlich eingeschätzt werden. Als Grenze wird wie in der Qualitätssicherung auch hier die begrenzte Messgenauigkeit genannt (siehe Tabelle 3.6-3).

*Tabelle 3.6-3: Potentiale und Grenzen für Vergütung*

Potentiale	Grenzen
Verbesserungen	Begrenzte Messgenauigkeit

## 4 Diskussion

Bisher wurde der Einsatz von Messinstrumenten in der Neurorehabilitation in Österreich im Zuge der Befragung „Skalen in der neurologischen Rehabilitation“ der Österreichischen Gesellschaft der Neurorehabilitation/ÖGNR erhoben. Diese Erhebung wurde in den Jahren 1998-1999 durchgeführt. Hauptziele der Erhebungen waren eine Bestandsaufnahme (Status quo) in Österreich zu machen und die Implementation des Dokumentationspakets mit 10 Skalen, welches seit 1998 von der ÖGNR empfohlen wird, begleitend zu evaluieren. Es wurden sieben Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Neurologie/Neurorehabilitation befragt. Insgesamt ließ sich vor Einführung der Basisdokumentation eine große Vielfalt an verwendeten Skalen und Scores und insbesondere in den nicht-ärztlichen Berufen die Verwendung von nicht publizierten und nicht validierten Messverfahren feststellen. Ein Jahr nach der Einführung war die „beliebteste“ Skala der BI. Eine einheitliche Basisdokumentation in Österreich wurde insgesamt als sinnvoll bewertet. Lediglich eines der zehn Messinstrumente, nämlich der Motricity Index and Trunk Contoll Test, wollten mehr als die Hälfte der teilnehmenden Kliniken von der Basisdokumentation ausschließen [6].

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Richtlinien der ÖGNR zwar eine Vereinheitlichung in den verwendeten Messinstrumenten gebracht hat. Eine einheitliche Basisdokumentation existiert in Österreich jedoch nach wie vor nicht. Zwei der empfohlenen Messinstrumente, nämlich die 10m-GZ und der NHPT, werden von allen Kliniken angewendet. Neun empfohlene Messinstrumente werden von den meisten, also von mindestens der Hälfte (fünf bis neun Einrichtungen) der befragten Einrichtungen angewendet. Der Goodglass and Kaplan Kommunikationsscore und der SOMCT werden nur von wenigen Einrichtungen (2 bzw. 1) angewendet. Insgesamt ist nach wie vor eine sehr große Vielfalt an verwendeten Instrumenten feststellbar. Zudem werden die Skalen und Scores zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Rehabilitation und von verschiedenen Mitarbeitergruppen eingesetzt.

Eine große Anzahl der 46 im Fragebogen abgefragten Messinstrumente ist nicht in Verwendung. Gründe dafür können mitunter sein, dass einige Instrumente in vereinzelt Studien verwendet wurden, ohne später eine breitere Anwendung im praktischen Alltag zu finden und dass für viele Messinstrumente aus dem englischsprachigen Raum bisher keine validierten, deutschsprachigen Versionen existieren.

Ein Interesse an Institutionsvergleichen, und damit einer einheitlichen Basisdokumentation, lässt sich aus der Befragung ableiten. Dass Qualitätssicherung in Österreich als bedeutendes Thema erkannt wird, ist an den Zielen der Datenerhebungen und den Pilotprojekten sichtbar. Auch bei der Meinungsabfrage zu den Potentialen und Grenzen von generischen Messinstrumenten wurden insbesondere das Verbesserungspotential und Vergleiche zwischen Institutionen häufig genannt. Leistungsorientierte Vergütung ist weder in Pilotprojekten repräsentiert, noch scheinen die Befragten eine ausgeprägte Meinung dazu zu haben oder äußern zu wollen. Mitunter ist dies darin begründet, dass die Befragten, nämlich die Leistungserbringer selbst, sich nicht oder nur bedingt mit Finanzierung und Vergütung befassen müssen und dies eher in den Bereich der Leistungsfinanzierer fällt.

Ein mögliches Hindernis beim Ausfüllen des Fragebogens war möglicherweise, dass die Beantwortung der Fragestellungen die Kenntnisse der Be-

**Befragung der ÖGNR  
„beliebteste“ Skala: BI**

**Richtlinien brachten  
Vereinheitlichung  
nach wie vor Vielfalt an  
Messinstrumenten**

**nicht verwendete  
Instrumente aus  
internationaler Literatur  
z.B. da keine validierten  
deutschsprachigen  
Versionen vorhanden**

**Interesse an  
Institutionsvergleichen  
& Qualitätssicherung  
vorhanden**

**leistungsorientierte  
Vergütung wenig  
thematisiert**

handlungsprozesse aller beteiligten Berufsgruppen der Rehabilitationseinrichtung erfordert. Möglicherweise konnten daher manche Items nicht beantwortet werden. Außerdem zeigte sich, dass die Unterscheidung zwischen diagnoseübergreifend und diagnosespezifisch für die in der Praxis arbeitenden Professionen nicht unbedingt von Bedeutung ist. Im Fragebogenteil der generischen Messinstrumente wurden beispielsweise diagnoseübergreifende Messinstrumente und diagnosespezifische Messinstrumente ergänzt.

<b>Limitationen:</b>	Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Ergebnisse hinsichtlich folgender Limitationen zu interpretieren sind:
<b>Ergebnisse möglicherweise nicht repräsentativ für ganz Österreich</b>	Erstens sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für ganz Österreich, weil nicht alle Rehabilitationseinrichtungen einen Fragebogen retournierten. Die Resultate bilden eine Ist-Situation der Zentren ab, die geantwortet haben. Aus diesem Grund können diese nicht unreflektiert auf die gesamte österreichische Rehabilitationslandschaft übertragen werden.
<b>keine Aussagen über „Sinnhaftigkeit“ und Eignung der derzeit verwendeten Instrumente ableitbar</b>	Weiters wurden keine Informationen erhoben, ob die derzeitige Verwendung der genannten Instrumente als sinnvoll erachtet wird und inwiefern die Instrumente für eine Schweregraddifferenzierung geeignet sind. Teilweise kann die Auswahl der derzeit verwendeten Messinstrumente auch durch externe Richtlinien (z.B. Vorgaben zur Vergütung) beeinflusst sein.
<b>Pflegeaufwand und Hilfsmittel nicht berücksichtigt</b>	Für eine (praxisnahe) Schweregraddifferenzierung müssten zudem möglicherweise auch andere Faktoren, wie der Pflegeaufwand oder die benötigten Hilfsmittel in die Beurteilung einfließen, welche in den abgefragten Skalen und Scores nur unzureichend abgebildet sind, und im Fragebogen nicht gesondert erhoben wurden. Der Fragebogen hat lediglich abgefragt, welche Diagnose-übergreifenden und -spezifischen Messverfahren zur Schweregraddifferenzierung in der Praxis eingesetzt werden und hat zusätzlich die Möglichkeit geboten, Prognosefaktoren zu ergänzen (ohne gesondert nach der als geeignet betrachteten Abbildung des Schweregrades zu fragen).
<b>unterschiedliche Bedürfnisse der Schweregrad-differenzierung je nach Diagnose nicht ableitbar</b>	Ob bzw. inwieweit PatientInnen in der Neuro- oder Traumarehabilitation aufgrund unterschiedlicher Verletzungs- bzw. Beeinträchtigungsmuster (und Begleiterkrankungen) unterschiedlicher Maße für den Schweregrad der Beeinträchtigung bedürfen, lässt sich aufgrund der geringen Anzahl an teilnehmenden Zentren (v.a. jener mit TraumapatientInnen) nicht beurteilen.
<b>nicht bekannt, ob generische Instrumente in der Praxis tatsächlich für unterschiedliche Diagnosegruppen verwendet werden</b>	Schließlich wurde mit dem Fragebogen nicht abgefragt, ob die hier als diagnoseübergreifend klassifizierten Skalen und Scores überhaupt in den Einrichtungen als diagnoseübergreifend angewendet werden. Es ist daher nicht abzuleiten, ob die verwendeten generischen Messinstrumente tatsächlich bei mehreren Diagnosegruppen zum Einsatz kommen.

## 5 Schlussfolgerungen

In Österreich sind gewisse Potentiale für Pilotprojekte zur Anwendung von generischen Messinstrumenten in der Neurorehabilitation vorhanden, da einige Einrichtungen und Träger bereits selbst Projekte initiiert haben. Eine Integration auch internationaler Erfahrungen zur schweregraddifferenzierten Qualitätssicherung und Tarifgestaltung in österreichischen Pilotprojekten erfolgt bereits in Teilbereichen (z.B.: Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit/EFL). Orientiert man sich zukünftig an jenem Instrument, welches in Österreich am häufigsten verwendet wird, ist der Barthel Index als Instrument zur Schweregraddifferenzierung zu empfehlen. Für den BI spricht, dass keine große Umstellung in den Kliniken notwendig wäre und somit eine hohe Akzeptanz in bestehenden Projekten erreicht werden kann. Soll eine nicht nur nationale, sondern auch internationale Vergleichbarkeit angestrebt werden, müsste die Verwendung von Messinstrumenten aber entsprechend adaptiert werden. Neben der Festlegung auf einen „nur“ nationalen oder „auch“ internationalen Fokus müssen die Ziele der Schweregraddifferenzierung (interne bzw. externe Qualitätssicherung *oder* Entwicklung (neuer) Vergütungssysteme) in der Neurorehabilitation bei der Auswahl an Messinstrumenten klar definiert werden.

Derzeit ist die Unklarheit bei der Zielsetzung ein Hindernis für die Weiterverfolgung von Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Traumarhabilitation.

**Potentiale für weitere Pilotprojekte vorhanden**

**internationale Erfahrungen werden bereits z.T. berücksichtigt**

**in Österreich BI am häufigsten in Verwendung**

**Ziele der Schweregraddifferenzierung zu definieren**



## 6 Literatur

- [1] Pammer C, Abuzahra M, Wild C. Schweregrad differenzierung in der Neuro- und Traumarehabilitation. Teil 1: Messinstrumente bei Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. HTA-Projektbericht 2009, Nr. 23a.
- [2] Abuzahra M, Piso B. Schweregrad differenzierung in der neurologischen und Trauma-Rehabilitation. Teil II: Internationale Erfahrungen zu Qualitäts-, Performancemessung und Vergütung. 2009; HTA-Projektbericht 2009; 23b.
- [3] ÖBIG, HVB. Österreichischer Rehabilitationskompass. 2010 [cited 04.01.2010]; Available from: <http://rehakompass.oebig.at/Information/Default.aspx>
- [4] Sinhuber D, Fülöp G, Kern D, Nemeth C. Rehabilitationsplan 2009: ÖBIG 2008.
- [5] ÖGNER. 2010 [cited 04.01.2010]; Available from: [www.neuroreha.at](http://www.neuroreha.at)
- [6] Tribl G, Müller C. Die Multicenterstudie der ÖGNER: Skalen in der neurologischen Rehabilitation. ÖGNER.





## 7 Anhang



Wien, am 22.12.2009

### *Einsatz von Messinstrumenten in der Neuro- und Traumarehabilitation*

Sehr geehrte Damen und Herren,

Am Ludwig Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA) läuft seit Anfang des Jahres 2009 ein Projekt zur „Schweregraddifferenzierung in der Neuro- und Traumarehabilitation“. Bisher wurden anhand zweier Diagnosegruppen (Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma) Messinstrumente zur Schweregraddifferenzierung auf Basis publizierter Studien identifiziert und deren Testgüte bewertet. In einem weiteren Projektteil wurden internationale Erfahrungen zur Anwendung von generischen (d.h. diagnoseübergreifenden) Messinstrumenten zur Schweregraddifferenzierung beschrieben.

Mit dem beiliegenden Fragebogen, der nach Arbeitsgesprächen mit der Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation erstellt wurde, soll nun erhoben werden, welche Messinstrumente **in der Praxis**, also in den österreichischen Neuro- und Trauma-Rehabilitationszentren tatsächlich verwendet werden und zu welchen Zwecken diese eingesetzt werden („**Status-Quo in Österreich**“). Des Weiteren sollen **Möglichkeiten und Grenzen** von Messinstrumenten nach Meinung von österreichischen ExpertInnen abgebildet, und mögliche **Pilotprojekte** in Österreich identifiziert werden. Aus diesem Grund bitten wir Sie als ExpertInnen der Neuro- bzw. Traumarehabilitation, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten.

Bitte berücksichtigen Sie beim Ausfüllen, dass Ihnen möglicherweise nicht alle Messinstrumente bekannt sein werden (da sie teilweise im deutschsprachigen Raum nicht angewendet werden) und dass sich die Fragen lediglich auf die Neuro- bzw. Traumarehabilitation beziehen. Die Ergebnisse werden anonymisiert ausgewertet und zusammengefasst und in der Folge auf unserer Website (<http://hta.lbg.ac.at>) verfügbar sein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen,

Muna Abuzahra, BSc  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. Brigitte Piso, MPH  
Ressortleiterin Public Health und  
Health Services Research

**A. Einsatz von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten**

Welche **diagnoseübergreifenden** Messinstrumente werden in Ihrer Rehabilitationsklinik **regelmäßig** verwendet, zu welchen Zeitpunkten und von wem wird die Erhebung durchgeführt? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Bitte bedenken Sie, dass sich alle Fragen nur auf PatientInnen der Neuro- bzw. Traumarehabilitation beziehen. Mehrfachantworten möglich

Instrument	wird verwendet:			zu welchen Zeitpunkten?						von wem?					
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium?	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	ÄrztIn	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige	wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht
10-Meter Gehzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2-Minuten Gehstrecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Barthel-Index (BI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Frühreha-Barthel-Index (FRB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Beck Depression Inventory (BDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Berg Balance Scale (BBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Community Integration Questionnaire (CIQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disability Rating Scale (DRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
EuroQoL Quality of Life Scale (EQ-5D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Expanded Disability Status Scale (EDSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Franchay Activities Index (FAI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Functional Ambulation Categories (FAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Functional Independence Measure (FIM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Functional Independence Measure & Functional Assessment Measure (FIM+FAM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Functional Status Examination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

S. 1

Instrument	wird verwendet:			zu welchen Zeitpunkten?						von wem?					
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium?	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	ÄrztIn	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige	wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht
(FSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Glasgow Coma Scale (GCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Glasgow Outcome Scale (GOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Goodglass and Kaplan Kommunikationsscore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Independent Living Scale (ILS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Indikatoren des Reha-Status (IRES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Koma-Remissions-Skala (KRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mini-Mental State Examination (MMSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Motricity-Index and Trunk Control-Test (MI + CTC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Neuromentalindex (NMI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nine-hole -peg Test (NHPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nottingham Health Profile (NHP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orpington Prognostic Scale (OPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pediatric Risk Indicator (PRI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rankin Skala (RS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Modifizierte Rankin Skala (mRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schmerz Visuell-Analogskala (VAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeitsindex (SINGER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
self-rated burden (Belastung Angehöriger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Short orientation memory and concentration Test (SOMCT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

S. 2

Instrument	wird verwendet:			zu welchen Zeitpunkten?					von wem?						
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium?	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	Ärztin	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige	wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Kommentar:

**B. Einsatz von diagnosespezifischen Messinstrumenten**

Welche zusätzlichen **diagnosespezifischen** Messinstrumente werden in Ihrer Rehabilitationsklinik **regelmäßig** verwendet, zu welchen Zeitpunkten und von wem wird die Erhebung durchgeführt? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Mehrfachantworten möglich

Instrument	wird verwendet:			zu welchen Zeitpunkten?					von wem?						
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	Ärztin	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige	wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht
Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke (FMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Injury Severity Score (ISS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
New Injury Severity Score (NISS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pediatric Trauma Score (PTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Revised Trauma Score (RTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rivermead Post-Concussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

S. 3

Instrument	wird verwendet:			zu welchen Zeitpunkten?					von wem?						
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	Ärztin	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige	wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht
Symptoms Questionnaire (RPQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stroke Impact Scale Version 3.0 (SIS 3.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Trauma and Injury Severity Score (TRISS <sub>RTS</sub> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Kommentar:

**C. Erheben von individuellen PatientInnenzielen und Prognosefaktoren**

C1. Werden in Ihrer Rehabilitationseinrichtung **regelmäßig** individuelle **PatientInnenziele** vereinbart, zu welchen Zeitpunkten und von wem wird die Erhebung durchgeführt? Wird die Zielerreichung ausgewertet und von wem? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Mehrfachantworten möglich

PatientInnenziele	werden vereinbart:			zu welchen Zeitpunkten?					von wem?					Zielerreichung wird ausgewertet:	wer wertet aus?			
	ja	nein	weiß nicht	Aufnahme	Entlassung	Wöchentlich	wenn bei Bedarf: nach welchem Kriterium?	wenn andere Zeitpunkte: welche?	weiß nicht	Ärztin	DGKS/-P	PatientIn	Angehörige			wenn andere: Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	weiß nicht	ja
individuelle PatientInnenziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

S. 4

Kommentar:

*Wenn Sie individuelle PatientInnenziele vereinbaren und die Zielerreichung ausgewertet wird (sonst fahren Sie bitte bei Punkt C3 fort):*

C2. Wie hoch ist der Erreichungsgrad der individuellen PatientInnenziele (in %) in Ihrer Klinik?

Gesamt: In der Neuro: In der Trauma: Kommentar:

C3: Werden in Ihrer Rehabilitationseinrichtung **Faktoren zur Prognose von Rehabilitationsergebnissen** erhoben (z.B. Inkontinenz, Ganganalyse, ...)?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

C4. *Wenn ja:* Welche Faktoren werden zur Prognose von Rehabilitationsergebnissen erhoben und wie werden diese erhoben (z.B. mit welchem Messinstrument)?

Faktor	Instrument/Hilfsmittel zur Erhebung

Kommentar:

**D. Dokumentation und Evaluation der Datenerhebungen**

D1. Mit welchem **Ziel** werden die Daten, die anhand von **diagnoseübergreifenden** Messinstrumenten erfasst werden, erhoben? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und ergänzen Sie das(die) entsprechende(n) Messinstrument(e) sowie die Berufsgruppen. Mehrfachantworten möglich

Ziel	trifft zu			Instrument(e)  Bitte geben Sie die für diesen Zweck verwendeten Instrumente an.	Wie wird dokumentiert?			Werden die Daten ausgewertet?			Wie werden die Ergebnisse archiviert?		Wer dokumentiert?  Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.	Wer wertet die gesammelten Daten aus?  Bitte geben Sie die entsprechende Berufsgruppe an.
	ja	nein	weiß nicht		manuell	elektronisch	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	manuell	elektronisch		
Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
internes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
externes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

S. 5

klinikinterne Kostenrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Institutionsvergleiche (z.B. für einen Träger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
anderes Ziel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kommentar:

Wenn ihre Rehabilitationsklinik Datenauswertungen durchführt, beantworten Sie bitte folgende Fragen (sonst fahren Sie bitte bei Punkt E fort) :

D2. Wie oft werden diese Daten ausgewertet?

*Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Falls Sie unterschiedliche Daten in verschiedenen Abständen auswerten, geben Sie bitte zusätzlich an, welche Daten in diesem Zeitabstand ausgewertet werden.*

Trifft zu	Zeitabstand	welche Daten?
<input type="checkbox"/>	jährlich	
<input type="checkbox"/>	quartalsweise	
<input type="checkbox"/>	monatlich	
<input type="checkbox"/>	anders:	
<input type="checkbox"/>	weiß nicht	

Kommentar:

D3. Werden die Daten stichprobenartig (Stichprobe) oder zur Gänze (Vollerhebung) ausgewertet?

*Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Falls Sie unterschiedliche Daten auf verschiedene Weise auswerten, geben Sie bitte zusätzlich an, welche Daten auf diese Weise ausgewertet werden.*

Trifft zu	Art der Auswertung	welche Daten?
<input type="checkbox"/>	Stichprobe	
<input type="checkbox"/>	Vollerhebung	
<input type="checkbox"/>	weiß nicht	

Kommentar:

D4. Welche Konsequenzen werden aus den Ergebnissen der Datenauswertung gezogen?

D5. Von wem werden Konsequenzen gezogen?

#### E. Pilotprojekte zu „Messen in der Neuro- bzw. Traumarehabilitation“

E1. Gibt es im Bereich „Messen in der Neuro- bzw. Traumarehabilitation“ Pilotprojekte an Ihrer Institution?

- Ja  
 Nein  
 Weiß nicht

Wenn ja, beantworten Sie bitte nachstehende Fragen (sonst fahren Sie bitte bei Punkt E5 fort):

E2. Zu welchem Zweck wird das/werden die Messinstrument(e) eingesetzt?

*Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Geben Sie bitte zusätzlich an, welches Messinstrument zu dem jeweiligen Zweck eingesetzt wird.*

Trifft zu	Zweck	Instrument
<input type="checkbox"/>	zur internen Qualitätssicherung	
<input type="checkbox"/>	zur externen Qualitätssicherung	

S. 7

<input type="checkbox"/>	zu Vergütungszwecken	
<input type="checkbox"/>	zu einem anderen Zweck:	

Kommentar:

E3. Wird das Projekt derzeit durchgeführt, wurde es bereits durchgeführt oder ist es in Planung?  
 Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Geben Sie bitte zusätzlich an, welches Messinstrument zu welcher Projektphase zuzuordnen ist.

Trifft zu	Das Projekt...	Instrument
<input type="checkbox"/>	...ist bereits abgeschlossen.	
<input type="checkbox"/>	...wird derzeit durchgeführt.	
<input type="checkbox"/>	...ist in Planung.	

Kommentar:

E4. Raum für kurze Projektbeschreibung(en):

E5. Kennen Sie österreichische Pilotprojekte (außerhalb Ihrer Institution), die sich mit dem Thema „Messen in Neuro- bzw. Traumarehabilitation“ beschäftigen?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Kommentar:

*Wenn ja, beantworten Sie bitte nachstehende Fragen (sonst gehen Sie bitte zu Punkt F):*

E6. Zu welchem Zweck wird das/werden die Messinstrument(e) eingesetzt?

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Geben Sie bitte zusätzlich an, welches Messinstrument zu dem jeweiligen Zweck eingesetzt wird.

Trifft zu	Zweck	Instrument
<input type="checkbox"/>	zur internen Qualitätssicherung	
<input type="checkbox"/>	zur externen Qualitätssicherung	
<input type="checkbox"/>	zu Vergütungszwecken	
<input type="checkbox"/>	zu einem anderen Zweck:	

Kommentar:

E7. Wird das Projekt derzeit durchgeführt, wurde es bereits durchgeführt oder ist es in Planung?

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Geben Sie bitte zusätzlich an, welches Messinstrument zu welcher Projektphase zuzuordnen ist.

Trifft zu	Das Projekt...	Instrument
<input type="checkbox"/>	...ist bereits abgeschlossen.	
<input type="checkbox"/>	...wird derzeit durchgeführt.	
<input type="checkbox"/>	...ist in Planung.	

Kommentar:

E8. Raum für kurze Projektbeschreibung (en):

S. 8

#### F. Möglichkeiten und Grenzen von diagnoseübergreifenden Messinstrumenten

F1. Welche **Möglichkeiten (Chancen/ Potenziale)** der Anwendung **diagnoseübergreifender** Messinstrumente sehen Sie allgemein im Bereich

1. der internen Qualitätssicherung?
2. der externen Qualitätssicherung?
3. der Vergütung?

F2. Welche **Schwächen (Grenzen)** der Anwendung **diagnoseübergreifender** Messinstrumente sehen Sie allgemein im Bereich

1. der internen Qualitätssicherung?
2. der externen Qualitätssicherung?
3. der Vergütung ?

#### G. Fragen zur Rehabilitationseinrichtung

G1. Welche Schwerpunkte führt Ihre Rehabilitationseinrichtung?

- Neuro
- Trauma
- Andere:
- Andere:

G2. Wie viele Betten führt Ihre Rehabilitationseinrichtung gesamt?

G3. Wie viele Betten führt Ihre Rehabilitationseinrichtung in den folgenden Schwerpunkten?

Neuro:

Trauma:

G4. Wie viele neurologische PatientInnen werden jährlich behandelt?

G5. Wie viele Trauma-PatientInnen werden jährlich behandelt?

G6. Welche Hauptdiagnosen/-indikationen werden in Ihrer Rehabilitationseinrichtung behandelt?

Neuro:

Trauma:

G7. Wie ist die durchschnittliche Rehabilitationsdauer gesamt und in der Neuro- bzw. Traumarehabilitation?

Gesamt:                      Neuro:                      Trauma:

G8. Für mögliche Rückfragen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (Bitte um Name und Berufsbezeichnung):

Tel.:

Email:

Wir bitten Sie, den Fragebogen via Email an [muna.abuzahra@hta.fhg.ac.at](mailto:muna.abuzahra@hta.fhg.ac.at) bis **8.1.2010** zu retournieren. Alternativ können Sie den ausgefüllten Fragebogen auch via Fax an die Nummer +43 (0) 1 236 8119 99 schicken.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**