

Ergotherapie

Teil I: Status quo in Österreich
im niedergelassenen Bereich

Teil II: Ergotherapie bei
rheumatoider Arthritis



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 056
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Ergotherapie

Teil I: Status quo in Österreich
im niedergelassenen Bereich

Teil II: Ergotherapie bei
rheumatoider Arthritis



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Juli 2012

Projektteam

Projektleitung: Dr. med. Brigitte Piso, MPH
Projektbearbeitung: Ines Schumacher, MPH
Dr. med Brigitte Piso, MPH

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA (Hons)
Datenkontrolle: Mag. Inanna Reinsperger

Externe Begutachtung: Priv. Doz. Dr. Tanja Stamm, PhD, MSc, MBA
Medizinische Universität Wien
Interne Medizin III, Abteilung Rheumatologie

Dr. Sebastian Voigt-Radloff
Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

Interne Begutachtung: Priv. Doz. Dr. Claudia Wild

Korrespondenz: Brigitte Piso: brigitte.piso@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Schumacher, I und Piso, B. (2012). Ergotherapie. Teil I: Status quo in Österreich im niedergelassenen Bereich und Teil II: Ergotherapie bei rheumatoider Arthritis. HTA- Projektbericht. 2012; Nr. 56. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

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

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 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.: 056
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

© 2012 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung Teil I	7
Zusammenfassung Teil II.....	8
Summary Part I	9
Summary Part II.....	10
Teil I: Ergotherapie - Status quo in Österreich	11
1 Einleitung/ Hintergrund Teil I	11
2 Ziel und Forschungsfragen Teil I	13
3 Methoden Teil I	15
4 Ergebnisse Teil I: Ergotherapie in Österreich.....	17
4.1 (Therapeutische) Grundsätze.....	17
4.2 Berufs(bild)definition	18
4.2.1 Einsatzbereich und Indikationen.....	20
4.2.2 Therapieprozess und Ergebnisdefinition.....	20
4.3 Entwicklung und Etablierung	21
4.4 TherapeutInnen in Österreich.....	22
4.4.1 Zusammenarbeit und Abgrenzung anderer Disziplinen	24
4.5 Zuständigkeiten und Finanzierungsformen	26
4.6 Ausbildung.....	26
5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung Teil I	29
Teil II: Ergotherapie bei rheumatoider Arthritis.....	31
6 Hintergrund Teil II.....	31
6.1 Rheumatoide Arthritis.....	31
6.2 Cochrane-Review „Ergotherapie bei rheumatoider Arthritis“	32
7 Ziel des Berichtsteils II.....	33
8 Methoden Teil II.....	35
8.1 Fragestellung.....	35
8.2 Einschlusskriterien	35
8.3 Literatursuche.....	36
8.4 Literatúrauswahl	38
8.5 Beurteilung der Qualität der Studien.....	39
8.6 Datenextraktion.....	39
8.7 Review	39
9 Ergebnisse Teil II: Darstellung der Studienergebnisse.....	41
9.1 Umfassende Ergotherapie („Comprehensive occupational therapy“).....	41
9.1.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews	41
9.1.2 Update-Ergebnisse.....	42
9.2 Motorik-Training („Training of motor function“)	46
9.2.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews	46
9.2.2 Update-Ergebnisse.....	47

9.3	Training von Fähigkeiten (“Training of skills”).....	47
9.3.1	Ergebnisse des Cochrane-Reviews	47
9.3.2	Update-Ergebnisse.....	47
9.4	Schulung zum Gelenksschutz (“Instruction on joint protection”).....	47
9.4.1	Ergebnisse des Cochrane-Reviews	47
9.4.2	Update-Ergebnisse.....	48
9.5	Beratung („Counseling“)	52
9.5.1	Ergebnisse des Cochrane-Reviews	52
9.5.2	Update-Ergebnisse.....	52
9.6	Beratung und Schulung zur Verwendung von Hilfsmitteln (“Advice and instruction in the use of assistive devices”).....	52
9.6.1	Ergebnisse des Cochrane-Review	52
9.6.2	Update-Ergebnisse.....	52
9.7	Schienenversorgung („Provision of splints“).....	52
9.7.1	Ergebnisse des Cochrane-Reviews	52
9.7.2	Update-Ergebnisse.....	53
10	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse Teil II.....	59
11	Limitationen Teil II	63
12	Fazit Teil II.....	65
13	Literatur	67
14	Anhang	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.4-1: Angestellte, Freiberufliche und Karentzierte ErgotherapeutInnen nach Bundesländern im Jahr 2007. Quelle: MTD-Dachverband [15].....	23
Abbildung 8.4-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.4-1: Zusammenarbeit freiberuflicher ErgotherapeutInnen mit anderen Berufsgruppen.....	25
Tabelle 4.4-2: Zusammenarbeit angestellter ErgotherapeutInnen mit anderen Berufsgruppen.....	25
Tabelle 4.6-1: Übersicht der Fachhochschulen mit Bachelor/ Master Ausbildungsplätzen	28
Tabelle 8.2-1: Einschlusskriterien.....	35
Tabelle 9.1-1: Studiencharakteristika der eingeschlossene Studien zu „umfassender Ergotherapie“	42
Tabelle 9.1-2: Ergebnisse der eingeschlossene Studien zu „umfassender Ergotherapie“	44
Tabelle 9.4-1: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zu „Schulung zum Gelenksschutz“	48
Tabelle 9.4-2: Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu „Schulung zum Gelenksschutz “	50
Tabelle 9.7-1: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zu „Schienenversorgung“	53
Tabelle 9.7-2: Studienergebnisse der eingeschlossenen Studien zu „Schienenversorgung“	55
Tabelle 14-1: Qualitätsbeurteilung des eingeschlossenen systematischen Reviews.....	76
Tabelle 14-2: Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen RCTs.....	77

Abkürzungsverzeichnis

ACR	American College of Rheumatology
ADL	Activities of Daily Life
AEP	Arthritis Education Programme
AIMS2	Arthritis impact measurement scale 2
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
ASES	Arthritis Self-Efficacy Scale
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand
DMARDs	Disease-modifying Anti-rheumatic drugs
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
ECTS	European Credit Transfer System
EFS	Europäischer Sozialfond
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
QoL-8	Quality of Life 8-Item-Index
GKK	Gebietskrankenkasse
h	hour
HADS (-D/-A)	Hospital Anxiety and Depression Scale (-Depression/ -Anxiety)
HAQ (DI)	health assessment questionnaire (disability index)
HVB	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
JPBA	Joint Protection Behaviour Assessment
LGKK	Leistungswesen der Gebietskrankenkassen
MHQ	Michigan Hand Outcomes Questionnaire
min	minute
MTD	medizinisch-technische-Dienste
NR	not reported
NSAID	Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OT	occupational therapy
PRISM	Pictorial Representation of Illnes and Self Measure
QoL	Quality of life

RA	rheumatoide Arthritis
RAI	Rheumatology Attitudes Index
RCT	randomised controlled trial
SD	standard deviation
SODA-S	Sequential Occupational Dexterity Assessment
TN	TeilnehmerInnen
VAS	Visual analogue scale
WHO	World Health Organisation
WIS	RA Work Instability Scale
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Zusammenfassung Teil I

Hintergrund und Fragestellung: Ergotherapie ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Sie wird vom Arzt/ Ärztin mit dem Ziel verordnet, eine Erkrankung zu heilen oder den Zustand des/r PatientIn, unter anderem durch den Einsatz von Hilfsmitteln, zu verbessern oder eine Verschlechterung hinaus zu zögern. Ziel des ersten Berichtsteils ist es, das Verständnis von Ergotherapie zu erläutern, Abgrenzungen zu anderen Bereichen zu ziehen, sowie die Ausbildung und die Anzahl der ErgotherapeutInnen in Österreich darzustellen.

Methode: Für die Informations- und Datengewinnung wurden eine unsystematische Literatur- sowie Internetrecherche durchgeführt. Zusätzlich wurden Informationen über ExpertInnenkontakte eingeholt.

Ergebnisse: Es wurde aufgezeigt, dass es verschiedene Definitionen der Ergotherapie gibt, mit dem Ziel diese im deutschsprachigen Raum zu vereinheitlichen. Die Abgrenzung zu anderen therapeutischen Berufsgruppen wird durch die unterschiedlichen Indikationsbereiche, in welchen Ergotherapie eingesetzt wird, und die damit verbundenen unterschiedlichen erbrachten therapeutischen Maßnahmen, erschwert.

Die Ausbildung zum Ergotherapeut/ zur Ergotherapeutin ist in Österreich an Fachhochschulen angesiedelt und nach internationalen Vorgaben standardisiert.

Der MTD-Dachverband schätzt für das Jahr 2011 1.446 berufsausübende ErgotherapeutInnen in Österreich. Aufgrund einer fehlenden Registrierungspflicht für TherapeutInnen können jedoch keine genauen Zahlen angegeben werden.

Schlussfolgerung: Der tatsächliche Bedarf an ergotherapeutischen Maßnahmen (und TherapeutInnen) und des damit verbundenen Ressourcenaufwands kann zukünftig nur auf Basis von Daten der Inanspruchnahme zur Ist-Situation, nach Evidenzanalysen des Nutzens ergotherapeutischer Maßnahmen und unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten zur Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung/ gesundheitlichen Einschränkung abgeschätzt werden.

In den folgenden Teilberichten des Ergotherapieprojekts, werden Evidenzanalysen für ausgewählte Indikationsbereiche durchgeführt.

Ziel Teil 1:

Ist-Situation der Ergotherapie im niedergelassenen Bereich für Österreich wiedergeben

unsystematische Literatursuche und Internetrecherche, Informationen von Expertinnen

Bestrebungen einer einheitlichen Definition

erschwerter Abgrenzung zu anderen therapeutischen Berufsgruppen

Standardisierung der Ausbildung

schätzungsweise 1.446 TherapeutInnen in Ö

Bedarfsabschätzung nur nach besserer Datenbasis für Ist-Situation, Berücksichtigung epidemiologischer Daten und Evidenzanalysen

Zusammenfassung Teil II

<p>RA = entzündliche Erkrankung des Bindegewebes</p> <p>komplexe Behandlung</p> <p>u.a. Schienen, Verhaltensänderung</p> <p>Ziel Teil II: Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei RA</p>	<p>Hintergrund und Fragestellung: Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine entzündliche Systemerkrankung des Bindegewebes, die vorwiegend die Gelenke betrifft und ca. 0,6% der österreichischen Bevölkerung betrifft. Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist komplex. Sie beinhaltet medikamentöse, physikalische, ergotherapeutische und psychologische Behandlungen. Zu den ergotherapeutischen Interventionen bei PatientInnen mit RA zählen unter anderem das Anpassen und Üben im Umgang mit Hilfsmitteln wie Schienen, Training von gelenkschonendem Verhalten oder das Trainieren des Selbst-Managements der PatientInnen. Ziel des Projektteils II ist es, die Evidenz zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei rheumatoider Arthritis zu analysieren.</p>
<p>Cochrane-Review als Ausgangsbasis</p> <p>syst. Literaturrecherche für Update</p> <p>neue Literatur ab 2003</p> <p>nur RCTs eingeschlossen</p>	<p>Methode: Die systematische Übersichtsarbeit verwendet den rezentesten Cochrane-Review „Occupational therapy for rheumatoid arthritis“ aus dem Jahr 2004 als Ausgangsbasis für die systematische Literaturrecherche sowie für die Kategorisierung ergotherapeutischer Maßnahmen. Die Ergebnisse des Cochrane-Reviews werden durch die Ergebnisse ab 2003 ergänzt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane, CRD, Embase, Medline und OT-Seeker durchgeführt sowie die Suche durch eine unsystematische Handsuche ergänzt. Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCT) in deutscher und englischer Sprache.</p>
<p>197 Treffer identifiziert</p> <p>8 RCTs für Update eingeschlossen</p>	<p>Ergebnisse: Für den Zeitraum 2003-2011 wurden 197 Literaturzitate identifiziert. Zusätzlich zum Cochrane-Review wurden 8 RCTs in die Analyse eingeschlossen. Jeweils 2 RCTs für die Kategorie „umfassende Ergotherapie“ und „Schulung zum Gelenkschutz“ sowie 4 RCTs in der Kategorie „Erstellung und Anpassung von Schienen“.</p>
<p>„umfassende Ergotherapie“ & „Gelenkschutz“ verbessern die Funktionalität</p> <p>weniger Schmerzen durch Schienen</p> <p>kein Evidenz für „Training“ & „Beratung“</p>	<p>Es besteht limitierte Evidenz, dass „umfassende Ergotherapie“ die Funktionalität verbessert sowie starke Evidenz, dass „Instruktionen zum Gelenkschutz“ die Funktionalität verbessern. Das Anpassen von Schienen trägt zur Verringerung der Schmerzen bei, die Greifkraft wird verbessert. Für die Kategorie „Motorik-Training“ zeigt der Cochrane-Review mangelnde Evidenz für die Wirksamkeit der Ergotherapie, neue RCTs wurden nicht identifiziert. Für die Kategorie „Beratung und Schulung zur Verwendung von Hilfsmitteln“ waren bei Cochrane nicht ausreichend Daten verfügbar, es wurden keine neuen Studien identifiziert. Für die Kategorien „Training von Fähigkeiten“ und „Beratung“ konnte weder bei Cochrane, noch durch das Update relevante Studien identifiziert werden.</p>
<p>starke Evidenz für Verbesserung der Funktionalität, Schmerzen, Greifkraft</p> <p>es besteht Forschungsbedarf</p>	<p>Schlussfolgerung: Es besteht starke bis limitierte Evidenz, dass ergotherapeutische Maßnahmen bezüglich der Outcomes Funktionalität, Schmerzen und Greifkraft wirksam ist. Für viele Endpunkte fehlt Evidenz und es besteht Forschungsbedarf.</p>

Summary Part I

Background and research question: The goal of occupational therapy (OT) is to enable people to successfully participate in the activities of everyday life. This is achieved either by enabling people to enhance their ability to live meaningful lives or by modifying the environment to better support participation. For outpatient care, occupational therapy is usually described by a general practitioner. The aim of part I is to give an overview of the current situation of occupational therapy in Austria, encompassing the following information: definition of occupational therapy, differentiation to other therapeutic services, how the curriculum is organised, number of occupational therapists.

Methods: Non-systematic literature search, interviews, data from experts.

Results: We identified different definitions of “occupational therapy”. However, occupational therapy associations in German-speaking countries started to develop a common definition. The differentiation between occupational therapy services and other therapeutic services, e.g., physiotherapy, is challenging due to its numerous indications and different therapeutic measures.

The education in Austria takes place at universities and is standardised according to international standards.

There is no mandatory registration for occupational therapists in Austria. Hence, the overall number of therapists is estimated by the “MTD-Dachverband” on 1.446 therapists.

Conclusion: To describe the real demand of occupational therapy measures (and therapists), sufficient administrative data, epidemiological data, and evidence-based analyses of the effectiveness of occupational therapy are required.

goal of OT is to enable people to participate in activities of daily life

usually described by general practitioner

aim of part I: overview of current situation in Austria (curriculum, number of occupational therapists...)

non-systematic literature search
different definitions

differentiation between OT and other therapeutic measures
difficult

education at universities

overall number of OTs unknown

evidence-based analysis required

Summary Part II

RA affects joints
 complex treatment of
 RA
 OT therapy includes
 splints, instruction in
 joint protection...
 aim part II: evidence of
 OT for rheumatoid
 arthritis
 systematic review based
 on Cochrane-Review
 new literature since
 2003
 only RCTs in German
 and English included
 197 references were
 identified
 8 included for the
 review
 "comprehensive OT" &
 "joint protection"
 improves function
 splints decreased pain
 no evidence for
 "training of skills" &
 "counselling"
 strong evidence that OT
 improves functional
 ability, pain and grip
 strength
 further research is
 needed

Background and research question: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, systemic inflammatory disorder of the connective tissue that mainly affects flexible (synovial) joints. About 0.6% of the Austrian population is affected by RA. Treatment of RA is complex and includes pharmacological, physical, occupational, orthopaedic and psychological therapy. Occupational therapy interventions may encompass instruction in the use of assistive devices, provision of splints, instruction on joint protection or training of activities. Part II of the project aims to assess the evidence concerning the efficacy of occupational therapy for rheumatoid arthritis.

Methods: This systematic review is based on the latest Cochrane Review "Occupational therapy for rheumatoid arthritis" published in 2004. We adopted both the predefined categorisation of occupational therapy interventions and the search strategy. Furthermore, we added the results of RCTs (Randomised controlled trials) published since 2003 to the previous Cochrane results. A systematic literature search in various databases (Cochrane, CRD, Embase, Medline, OT Seeker) was supplemented by a non-systematic hand search. We included RCTs in English and German.

Results: We identified 197 references (years 2003-2011). In addition to the Cochrane Review, 8 RCTs were included in the review: 2 RCTs for the category "comprehensive occupational therapy" and "instruction on joint protection", respectively. 4 RCTs were identified for the category "provision of splints".

There is limited evidence that "comprehensive occupational therapy" improves functional ability. There is strong evidence that "joint protection" improves functional ability and "provision of splints" decreases pain and improves grip strength. There is no evidence for functional ability detected by the Cochrane Review for the category "training of motor function", and no new references could be identified. Neither the Cochrane Review nor the current update identified references or valid information for the categories "training of skills", "counselling", and "instruction about assistive devices".

Conclusion: There is strong to limited evidence for the effectiveness of occupational therapy on the outcomes of functional ability, pain, and grip strength. There is a lack of evidence concerning other outcomes and categories of occupational measures. #

Teil I: Ergotherapie - Status quo in Österreich

1 Einleitung/ Hintergrund Teil I

Ergotherapie ist nach § 135 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt (ebenso die Physio- und Logopädie sowie Psychotherapie). Ergotherapie wird vom Arzt/ von der Ärztin mit dem Ziel verordnet, eine Erkrankung zu heilen oder den Zustand des/r PatientIn, unter anderem durch den Einsatz von Hilfsmitteln, zu verbessern oder eine Verschlechterung hinaus zu zögern. Das Ziel der Ergotherapie liegt in der Handlungsbefähigung, um die Teilhabe der PatientInnen in verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen. Sie gilt als etablierte Therapieform mit anerkanntem Ausbildungscurricula [1].

In Österreich wird Ergotherapie in stationären Institutionen (Ambulatorien, Spitalsambulanzen und diversen Einrichtungen) sowie im niedergelassenen Bereich durch Vertrags- und WahlergotherapeutInnen erbracht.

Ergotherapie ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt

§ 135 ASVG

Ziel: Teilhabe der PatientInnen

im stationären sowie niedergelassenen Bereich

2 Ziel und Forschungsfragen Teil I

Ziel dieses ersten Berichtsteils ist es, den derzeitigen Stand der Ergotherapie in Österreich im niedergelassenen Bereich abzubilden.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- ❖ Was wird unter Ergotherapie verstanden?
- ❖ Welche Anwendungen werden in der Praxis für welche Zielgruppe angeboten?
- ❖ Wie erfolgt die Abgrenzung zu anderen therapeutischen Leistungen, z.B. der Physiotherapie?
- ❖ Wie ist die Ausbildung zur/m ErgotherapeutIn in Österreich organisiert?
- ❖ Wie viele LeistungserbringerInnen gibt es in Österreich?

Ziel Teil I:

**Abbildung der
Ergotherapie in
Österreich**

3 Methoden Teil I

Für die Informations- und Datengewinnung wurden eine unsystematische Literatur- sowie Internetrecherche vor, sowie während der Berichterstellung durchgeführt.

**unsystematische
Literaturrecherche**

Es wurde unter anderem in den Fachzeitschriften „Ergoscience“ und „Ergopraxis“, den Datenbanken PubMed & OT seeker sowie auf folgenden Webseiten recherchiert:

- ✿ www.ergoaustria.at
- ✿ www.dve.info
- ✿ www.cotec-europe.org
- ✿ www.wfto.com
- ✿ www.statistik.at (Statistik Austria)

Internetrecherche

Zusätzlich wurde ein Gespräch mit einer österreichischen Ergotherapeutin (Mitglied und Projektleiterin bei *Ergo Austria*) geführt [2] und Informationen aus Deutschland über eine Ergotherapeutin (Vorstandsmitglied des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten, *DVE*) eingeholt. Per Email wurden die Fachhochschulen in Österreich sowie der MTD-Dachverband und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger kontaktiert und Informationen eingeholt.

**Gespräch mit
Ergotherapeutin**

**Kontakt zu FHs, MTD-
Dachverband und HVB**

4 Ergebnisse Teil I: Ergotherapie in Österreich

Ziel des folgenden Kapitels ist, eine Übersicht über die Grundlagen und die Entwicklung der Ergotherapie in Österreich zu geben. Theoretische Grundsätze sowie die historische Entwicklung werden nur kurz angeschnitten, die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

kurze Einführung in Theorie

4.1 (Therapeutische) Grundsätze

Ergotherapie basiert auf dem Grundsatz, dass Aktivität, im Sinne von aktiv sein und etwas Sinnvolles tun, zu Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit beiträgt [1]. Die Therapie wird laut Pschyrembel bei „Störungen der Motorik, der Sinnesorgane und der geistigen und psychischen Fähigkeiten bei Patienten und Behinderten jeden Alters“ angewendet mit dem Ziel, „Selbstständigkeit im täglichen Leben und im Beruf“ [3] zu ermöglichen.

„ergo“: Handeln, Beschäftigen

Im Zentrum der Ergotherapie steht der Mensch, der in seinem Alltag und in seiner Umwelt bestmögliche Handlungsfähig und Lebensqualität erhalten bzw. wieder erreichen will [4]. Dabei berücksichtigt die Ergotherapie den bio-psycho-sozialen-Ansatz, das bedeutet, neben dem physischen Zustand werden auch geistige und seelische Zustände in das therapeutische Denken mit einbezogen [5]. Die Begriffe Mensch (KlientIn), Handlung (-sfähigkeit), Alltag/ Lebensbereich sowie Umwelt und Lebensqualität gehören zu den Kernbegriffen:

englisch: occupational therapy

5 Kernbegriffe

Der/die Klient/Klientin steht im Mittelpunkt des ergotherapeutischen Handelns. Seine/ihre Interessen und Bedürfnisse bezüglich Handlungsfähigkeit und Teilhabe am Leben stellen die Zielsetzung der Behandlung und deren Interventionen dar.

Ziel der Therapie ist die Teilhabe des/der KlientIn bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Bei der zu Beginn der Behandlung durchgeführten Diagnostik werden die Beeinträchtigungen, Probleme und Wünsche des/r KlientIn auf der Ebene der Körperfunktionen sowie der Aktivitäten und Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen erfasst. Die Intervention zielt darauf ab, die gewünschten Tätigkeiten im Sinne des/r KlientIn wieder zufriedenstellend ausführen zu können und an den für die/den KlientIn wichtigen Lebensbereichen wieder teilzunehmen [6].

handlungsorientierter Therapieansatz

Zu den Interventionen gehören die Wiederherstellung von Körperfunktionen durch Training oder Kompensation durch Hilfsmittel oder Veränderung der Umweltbedingungen (Abbau von Barrieren, Ausschöpfen von Ressourcen). Die individuelle Person wird während der Therapie ganzheitlich betrachtet, wobei auch das Umfeld und die Rolle, in der sich der/die KlientIn befindet (Elternteil, ArbeiterIn, EhepartnerIn) berücksichtigt wird [7].

Wiederherstellung von Körperfunktionen

durch Training, Einsatz von Hilfsmitteln oder Veränderung der Umweltbedingungen

Die Handlungsfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit des/r KlientIn, Handlungen und zielgerichtetes Tun zu planen und auszuführen. Somit kann eine Teilhabe/Partizipation an der Gesellschaft, in verschiedenen alltäglichen Lebensbereichen, gewährleistet werden. Handlungen befähigen den Menschen etwas in seinem Leben zu bewirken und/oder beizutragen und finden in allen Lebensbereichen (z.B. Haushaltsführung, Freizeit) statt. Die Ergotherapie ist darauf ausgerichtet, die Handlungs(un)fähigkeit der/s

Verbesserung der Handlungsfähigkeit basiert auf vorangehender, individueller Handlungsfähigkeitsanalyse

<p>Verbesserung der Lebensqualität durch Teilhabe</p>	<p>KlientIn im jeweiligen Handlungsablauf zu erfassen und die zu Grunde liegende(n) Störung(e)n der Körperfunktionen zu therapieren [6].</p> <p>Die als bedeutend erachteten Lebensbereiche sind die drei alltäglichen Bereiche: die Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Alle Handlungen des Menschen lassen sich in diesen drei Teilbereichen wiederfinden. Für eine gute und gesundheitsfördernde Lebensqualität soll die Teilhabe in allen drei Bereichen ermöglicht werden.</p>
<p>Berücksichtigung von physischen und sozio-kulturellen Umweltbedingungen</p>	<p>Die Umwelt bedingt die Handlungsfähigkeit eines Menschen und damit sein Leben. Die Ergotherapie berücksichtigt für die Befunderhebung und Therapieplanung die physische Umwelt (materielle Gegenstände die für Handlungen benötigt werden aber auch Barrieren, die diese einschränken) sowie die sozio-kulturelle Umwelt (Familie, Nachbarschaft, gesellschaftliche Teilhabe) der KlientInnen. Es werden Ressourcen und Barrieren ermittelt, die eine Teilhabe der KlientInnen ermöglichen (bspw. Zutritt durch Rampen für Rollstuhlfahrer) und fördern [1, 6].</p>
<p>Verbesserung der Lebensqualität bedeutender Outcome</p>	<p>Dem klientInnenzentrierten Ansatz der Ergotherapie entsprechend, stellt die Lebensqualität des/r KlientIn einen bedeutenden Outcome dar. Diese wird durch standardisierte Messmethoden/ Assessments, wie z.B. dem EQ-5D, erhoben¹. Letztendlich ist die subjektive Lebensqualität des/r KlientIn für den Erfolg einer Therapie ausschlaggebend, da der/die PatientIn selbst seine eigene Handlungsfähigkeit und den Erfolg einer Therapie bewertet [1, 6].</p>

4.2 Berufs(bild)definition

<p>MTD-Beruf laut Gesetz: eigenverantwortliche Behandlung von PatientInnen und Gesunden</p>	<p>Im angloamerikanischen Raum wird für Ergotherapie meist der Begriff „occupational therapy“ verwendet, was der direkten Übersetzung der „Beschäftigungstherapie“ entspricht [5]. Allerdings ist die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ im deutschen Sprachraum eher negativ konnotiert. Mit ihr wird ein nicht ernst zu nehmender Zeitvertreib assoziiert. Es wird daher angestrebt den Begriff der „Beschäftigung“ generell zu vermeiden, wobei dies nicht von allen VertreterInnen befürwortet wird [5].</p> <p>Das Berufsbild ist in Österreich gesetzlich geregelt (wie alle Berufe des medizinisch-technischen Dienst (MTD-Berufe)). Der ergotherapeutische Dienst umfasst, laut § 2 des MTD-Gesetzes:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

„die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden.“ [8]

¹ In den Evidenzanalysen (Teil II-IV) wird auf die jeweiligen Messinstrumente und Methoden eingegangen.

Der österreichische Berufsverband Ergo Austria definiert das Berufsbild wie folgt:

„Ergotherapie geht davon aus, dass Aktiv-Sein heilende Wirkung hat, wenn Aktivitäten für PatientInnen gezielt ausgewählt werden. Sie ist ein wichtiger Teil einer ganzheitlichen Behandlung. Ergotherapie dient Menschen aller Altersgruppen. Behandelt werden physische, psychische und auch soziale Beeinträchtigungen, die infolge von Krankheiten, Unfällen oder Entwicklungsstörungen aufgetreten sind. Ergotherapie ist daher in allen medizinischen Fachbereichen vertreten. Bei gesunden Menschen betreffen ergotherapeutische Leistungen vor allem den Bereich Gesundheitsförderung, der klassischen Prävention der Arbeitsmedizin und dem ArbeitnehmerInnenschutz (...) [9].

Aktiv-Sein hat heilende Wirkung

alle Altersgruppen

in allen medizinischen Fachbereichen

Der deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) definiert:

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ [7] (Definition von 2007). Es wird dabei angemerkt, dass die Definition „den Kern des Berufs (beschreibt)“ und „daher berufsfeldübergreifend“, jedoch nicht „einer Tätigkeitsbeschreibung gleichzusetzen“ ist [7].

Unterstützung von Menschen...

...in der Durchführung für sie bedeutungsvoller Tätigkeiten

Die Berufsverbände aus Deutschland (D), Österreich (A), der Schweiz (CH) und Südtirol (S) haben sich zusammengeschlossen, um gemeinsam die Arbeit der ErgotherapeutInnen im deutschsprachigen Raum zusammenzuführen und Ziele und Perspektiven der Therapie zu bündeln. 2005 entstand das durch den europäischen Sozialfond (ESF) geförderte Projekt „DACHS“.

Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Ansatzes

Es entstand eine erste gemeinsame, länderübergreifende Definition der Ergotherapie, diese

„geht davon aus, dass „tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeiten gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind und /oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten. Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von der für sie bedeutungsvollen Betätigung in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/ Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und –zufriedenheit zu verbessern“ [10].

Zusammenschluss deutschsprachiger Berufsverbände

einheitliche Definition

Die *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) sammelte die Berufsdefinitionen einzelner Mitgliedsländer und formuliert folgende internationalen Definition des Berufs des/der Ergotherapeut/in:

Partizipation und Teilhabe

“a client-centered health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate successfully in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to live meaningful lives or by modifying the environment to better support participation” [11].

4.2.1 Einsatzbereich und Indikationen

bei motorischen, sensorischen, psychischen Störungen

Ergotherapie stellt eine etablierte Behandlungsform von Störungen im motorischen, sensorischen, sprachlichen und psychischen Bereich dar [1]. Die Therapie wird in den Bereichen:

in Pädiatrie,
Neurologie,
Geriatric,
Psychiatrie,
Orthopädie/
Rheumatologie

- ✿ Pädiatrie
bei Kindern mit ADHS, Zerebralparese, körperlichen und/oder sozialer Entwicklungsstörungen,
- ✿ Neurologie
nach Schlaganfall, bei Morbus Parkinson, bei Multipler Sklerose, bei Tumoren,
- ✿ Geriatric
bei Demenz, Rheuma, zur Sturzprävention,
- ✿ Psychiatrie
bei Depressionen und Schizophrenie,
- ✿ Orthopädie/Rheumatologie
bei Hüftfrakturen, rheumatoider Arthritis, zur Narbenbehandlung
- ✿ und bei Erkrankungen und Verletzungen der Hand
u.a. bei Rheuma, Sehnenverletzungen, Amputationen, Verbrennungen

Heilung, Rehabilitation und Langzeitversorgung zunehmend auch in der Gesundheitsförderung

eingesetzt [7, 12]. Sie wird ursprünglich zur Heilung, Rehabilitation und in der Langzeitversorgung angewendet, wobei in den letzten Jahren auch Einsatzbereiche in der Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsräumen) hinzugekommen sind [1, 6].

4.2.2 Therapieprozess und Ergebnisdefinition

Vielzahl von Assessments für Anamnese

auf Basis einer Selbstauskunft
zu Möglichkeiten der Partizipation

Zu Beginn einer Therapie erfolgt die Befunderhebung und Definition des Hauptproblems (ergotherapeutische Diagnosestellung). Für die Anamnese existiert eine Vielzahl an Assessments/ diagnostischen Tests, die für die Erhebung u.a. kombiniert werden. Exemplarisch werden hier das Canadian Occupational Performance Measure (COPM), das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) und das Ergotherapeutische Assessment genannt. Die Erhebungsmethoden basieren auf der Beobachtung der KlientInnen oder der Selbstauskunft, welche, je nach Methode, standardisiert erhoben wird. Die Fragen erheben das Niveau der Aktivität und Partizipation der KlientInnen im Alltag (vgl. [13]). Sie werden zur Festlegung der Therapieziele und zur Erstellung des Behandlungsplans eingesetzt [1].

Die Definition des Therapieerfolgs wird nicht nur aus der Sicht des/der TherapeutIn und des/der ÄrztIn bewertet, sondern, dem klientInnenzentrierten Behandlungsansatz entsprechend, auch die Erfolgsdefinition des/der PatientIn mit einbezogen [1]. Das bedeutet, dass eine nach ICD-10 oder/und ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO) erstellte Diagnose keinem Behandlungsstandard zugeschrieben ist. Die gewählte Therapie kann somit bei PatientInnen mit gleicher Diagnose dennoch von einander abweichen. „Standards“ in die ergotherapeutische Praxis einzuführen ist, aufgrund KlientInnen-spezifischen Therapiezielen daher erschwert.

Die Auswahl an Behandlungsverfahren und Interventionen, dazu gehören Methoden, Therapien und die Erstellung/ der Einsatz von Hilfsmitteln, ist weit gefächert. Die Behandlungsverfahren entstammen aus den unterschiedlichen Kontexten, wie der Neuropsychologie, Neurophysiologie oder der Verhaltenspsychologie.

Ziele der Therapie sind unter anderem die Wiedergewinnung von grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit oder die Steigerung der Arbeitsfähigkeit [5].

Während der therapeutischen Behandlung werden die zuvor ausgewählten Assessments begleitend eingesetzt und, als Indikator, zur Überprüfung des Behandlungsergebnis und der Qualität der Behandlung (Prozess- und Ergebnisqualität) herangezogen [2, 5].

Erfolgsdefinition schließt PatientInnen-sicht mit ein...

Einführung von Standards wird durch Berücksichtigung der individuellen Situation erschwert

Vielzahl von Methoden und Hilfsmitteln

Einsatz der Assessments ebenfalls für Überprüfung des Behandlungserfolgs

4.3 Entwicklung und Etablierung

Historisch gesehen werden die ersten Wurzeln des aktivitätsfördernden Behandlungsansatzes bis in die Antike zurückverfolgt. So geht auf den griechischen Arzt Galenus (129-199 n.C.) die bekannte Aussage „Arbeit ist die beste Medizin“ zurück [5]. Im 18. Jahrhundert verbreitete sich die aktivitätsfördernde Behandlungsidee in Europa, die erste Schule für die Ausbildung von BeschäftigungstherapeutInnen (occupational therapists) entstand 1908 in den USA.

Der Erste Weltkrieg führte in Deutschland zu einer ersten Verwurzelung der Ergotherapie. Kriegsinvalide wurden durch Beschäftigung und handwerkliche Arbeit, mit dem Ziel von der Erkrankung abzulenken, wieder in das soziale und berufliche Leben eingegliedert [6]. Der Grundgedanke, handwerkliche Tätigkeit zur generellen Funktionsverbesserung einzusetzen, wurde in den darauffolgenden Jahren immer breiter verfolgt und bildete sich als ein differenzierter Ansatz, unter den anderen existierenden ergotherapeutischen Konzepten, heraus. Der neue Ansatz orientiert sich somit nicht nur an den Körperfunktionen, sondern auch an der Lebens- und Arbeitswelt der/s KlientIn [6].

erste Ansätze bereits in der Antike

erste Schulgründung 1908 in den USA

nach 1 Weltkrieg Eingliederung von Invaliden durch Arbeit...

...Etablierung in Deutschland

Entwicklung neuer Ansätze: Bezug zur Lebens- und Arbeitswelt

Österreich

<p>In Ö: 1960er Jahre: Aufnahme des Berufs in Gesetz und Vereinsgründung</p> <p>1970er Jahre: Schulgründungen</p> <p>MTD-Gesetz 1992: Verankerung des Berufs, Verantwortlichkeit für Handeln übertragen, Möglichkeit zur freiberuflichen Tätigkeit</p> <p>weitere Schul- bzw. Akademiegründungen</p> <p>seit 2005 Titel des/der „ErgotherapeutIn“</p> <p>Ausbildung nun an FHs</p>	<p>1961 wurde der Beruf „Arbeits- und BeschäftigungstherapeutIn“ erstmals in das österreichische Krankenpflegegesetz aufgenommen [14]. 1968 wurde der Berufsverband der Ergotherapeuten gegründet und im darauf folgenden Jahr als offiziell eingetragener Verein anerkannt. In den 1970er Jahren wurden die ersten Schulen in Wien und Tirol gegründet, 1981 kamen Salzburg und 1991 Linz hinzu.</p> <p>Mit dem Inkrafttreten des MTD-Gesetzes, erfolgten im Jahr 1992 die gesetzliche Verankerung des Berufes und seine geschützte Berufsbezeichnung. Der Berufstitel wurde in „Diplomierter(r) ErgotherapeutIn“ geändert. Mit der gesetzlichen Verankerung ging auch eine generelle Änderung des Berufsbildes einher. Laut österreichischem Gesetz haben die TherapeutInnen für ihre berufsspezifische Tätigkeit die volle Verantwortung für Ihr Handeln zu übernehmen und durften ab diesem Zeitpunkt freiberuflich tätig sein [5]. Die Schulen wurden zu Akademien, es erfolgte die Neugründungen von Akademien in Baden, Graz und Klagenfurt [14]. Neue Tätigkeitsbereiche haben sich seitdem entwickelt und die Professionalisierung des Berufes brachte zunehmend differenziertere Einsatzbereiche und Aufgabengebiete [5].</p> <p>Im Jahr 2005 erfolgte eine MTD-Gesetzesnovelle; die Berufsbezeichnung änderte sich in „Ergotherapeut/ Ergotherapeutin“. Die Ausbildung an Fachhochschulen (FH) mit dem Abschluss „Bachelor of Science“ ist ab diesem Zeitpunkt möglich. 2007 erfolgte die Umbenennung des Berufsverbandes in den Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs, <i>Ergo Austria</i> [14].</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ergo Austria ist seit 1978 Mitglied der *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) sowie Mitglied im *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (COTEC).

4.4 TherapeutInnen in Österreich

<p>keine verpflichtende Registrierung für MTD- Berufe</p> <p>Registrierungsinitiative wurde gestartet</p>	<p>Für niedergelassene MTD-Berufsangehörige, somit auch für ErgotherapeutInnen, besteht keine Pflicht zur Registrierung. „In Ermangelung einer offiziellen Liste ist (...) die exakte Anzahl der in Berufsausübung befindlichen Personen (ErgotherapeutInnen) (...) unbekannt“ [8]. Es kann somit keine Auskunft über die Anzahl der tatsächlich im niedergelassenen Bereich praktizierenden ErgotherapeutInnen, die Anzahl der Praxen und ihrer KlientInnen gemacht werden. Bisherige Bedarfsanalysen beziehen sich ausschließlich auf Beschäftigte in Krankenanstalten, spiegeln aber nicht die Anzahl der tatsächlich Berufsausübenden wider. Der Dachverband der MTD-Berufe hat eine Registrierungsinitiative gestartet, um für Bedarfsplanungen im Gesundheitswesen verlässliche Zahlen über die tatsächlich Beschäftigten zu erheben.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der MTD-Dachverband schätzt aus den Angaben der Berufstätigen in den Krankenanstalten, der freiwilligen Registrierung sowie den Mitgliederanzahlen der Berufsverbände für das Jahr 2011 1.446 berufsausübende ErgotherapeutInnen in Österreich [8].

MTD-Dachverband schätzt 1.446 berufsausübende ErgotherapeutInnen in Ö (2011)

Form der Erwerbstätigkeit/ Verteilung auf Bundesländer

Auf Grundlage der freiwilligen Registrierung erstellte der MTD-Dachverband eine Übersicht der Form der Erwerbstätigkeit (angestellt oder freiberuflich) bezogen auf die Bundesländer².

in 2007 mehr ErgotherapeutInnen arbeiten als Angestellte

In allen Bundesländern, bis auf das Burgenland, arbeiteten im Jahr 2007 die Großzahl der dort aktiven ErgotherapeutInnen in einem Angestelltenverhältnis. In Wien sind es mit 170 Angestellten am meisten TherapeutInnen, gefolgt von Niederösterreich mit 115 TherapeutInnen. Die meisten freiberuflich aktiven ErgotherapeutInnen arbeiten ebenfalls in Wien (45), gefolgt von 36 in Tirol [15] (Abbildung 4.4-1). Insgesamt übten im 2007, laut dieser Aufstellung, ca. 1.157 ErgotherapeutInnen aktiv ihren Beruf in Österreich aus.

die meisten arbeiten in Wien, NÖ, OÖ...

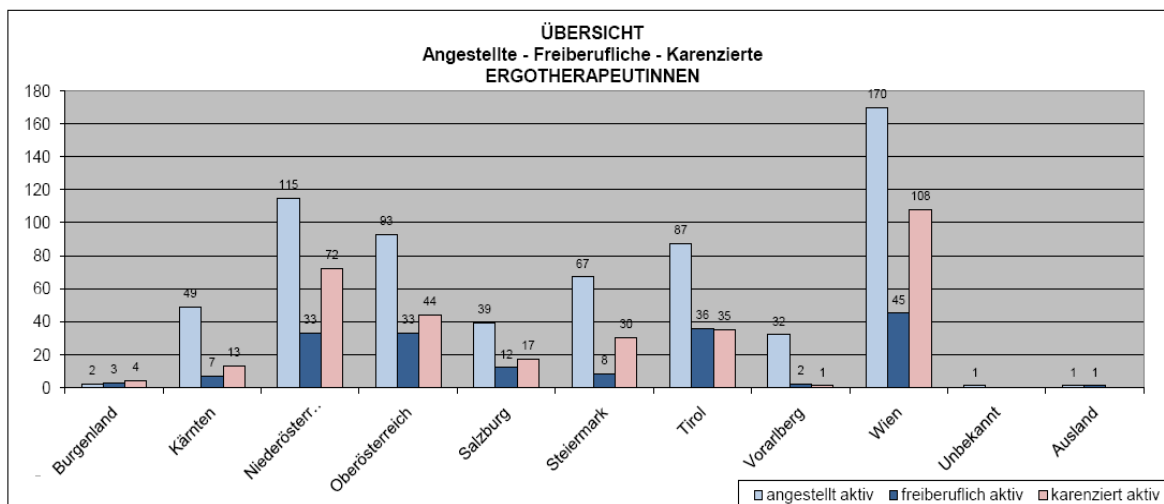


Abbildung 4.4-1: Angestellte, Freiberufliche und Karenzierte ErgotherapeutInnen nach Bundesländern im Jahr 2007. Quelle: MTD-Dachverband [15]

Weitere, rezente Angaben sind derzeit nicht verfügbar. Zusätzlich kann nur auf Angaben aus einer Befragung zum „Berufsprofil der diplomierten ErgotherapeutInnen“ des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus dem Jahr 2001 zurückgegriffen werden. An dieser Befragung nahmen 447 Personen teil [5].

weiterer Daten, jedoch 10 Jahre alt

² aktuelle Zahlen des MTD-Dachverbands werden im Herbst 2012 erwartet

Demografische Daten

Daten aus 2001:
großer Frauenanteil
zwischen 26-30 Jahre alt

Im Jahr 2001 wurde der Beruf mehrheitlich von Frauen ausgeübt. Von den 447 befragten ErgotherapeutInnen waren 94% Frauen. Der Großteil der TherapeutInnen (n=442) war zwischen 26 und 30 Jahre alt (34%). In den Altersgruppen 31 bis 35 Jahre und 36 bis 40 Jahre befanden sich jeweils knapp 20% der Befragten. 13% waren unter 25 Jahre alt und nur 4% älter als 45 Jahre [5]. Diese Angaben beziehen sich auf TherapeutInnen im stationären sowie niedergelassenen Bereich. Bezüglich der heutigen Geschlechterverteilung ist davon auszugehen, dass der Anteil der weiblichen Ergotherapeutinnen auch aktuell immer noch deutlich überwiegt.

Arbeitsbereiche freiberuflicher ErgotherapeutInnen

Freiberufliche zu 40%
in der Pädiatrie tätig

Außerdem wurde der klinische Bereich erhoben, in dem die Befragten (n=369) tätig waren. Es konnte nur eine Antwort gegeben werden. Freiberuflich tätige ErgotherapeutInnen arbeiteten 2001 mit 42% vorwiegend im Bereich der Pädiatrie (versus 18% der angestellten ErgotherapeutInnen) und Neurologie (40% versus 30%). In den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie arbeiteten mit jeweils 3% der Freiberuflichen dagegen deutlich mehr angestellte ErgotherapeutInnen (15% und 10%). In den Fachbereichen Rheumatologie und Traumatologie gab 2001 keine der freiberuflichen TherapeutInnen an, tätig zu sein [5].

4.4.1 Zusammenarbeit und Abgrenzung anderer Disziplinen

Grenzen der
Berufsfelder nicht
immer eindeutig

Obwohl die Tätigkeitsbereiche der Ergotherapie abgegrenzt sind, gibt es einige Leistungen, bei welchen sich die Aufgabengebiete der Ergotherapie und jene der Physio- oder Logopädie (sowie anderer Professionen) überschneiden. So dürfen beispielsweise ErgotherapeutInnen bei PatientInnen, deren eigentliches Therapieziel der Umgang mit einer Handschiene ist, zuvor eine Lymphdrainage durchführen, wenn diese als vorbereitende Maßnahme für die Arbeit mit der Handschiene nötig ist. Die Erbringung einer Lymphdrainage als eigenständige Maßnahme erfolgt jedoch durch einen Physiotherapeuten/ Physiotherapeutin und darf nicht als Leistung in der Ergotherapie erbracht werden. Eine Zusammenarbeit von TherapeutInnen unterschiedlicher Berufsfelder wird daher als sinnvoll angesehen [2].

Zusammenarbeit der
Therapieberufe

In der ÖBIG-Befragung von 2001 [5] haben 25% der freiberuflichen ErgotherapeutInnen im niedergelassenen Bereich angegeben, immer oder häufig mit KollegInnen der eigenen Berufsgruppe sowie mit PhysiotherapeutInnen und/oder LogopädInnen zusammen zu arbeiten. Mit FachärztInnen oder praktischen ÄrztInnen wird eher selten zusammengearbeitet (*Tabelle 4.4-1*).

Tabelle 4.4-1: Zusammenarbeit freiberuflicher ErgotherapeutInnen mit anderen Berufsgruppen. Quelle: ÖBIG [5]

Berufsgruppen	Zusammenarbeit freiberuflicher ErgotherapeutInnen (in %)				
	immer	häufig	selten	nie	Keine Angaben
andere diplomierte ErgotherapeutInnen	4,5	20,5	35,6	21,2	18,2
PhysiotherapeutInnen	3,9	22,0	48,2	12,1	13,7
LogopädInnen	1,5	22,7	38,6	20,5	16,7
Praktische/r Arzt/ Ärztin	2,3	10,6	44,7	21,2	21,2
Facharzt/ärztin	7,6	17,4	38,6	18,2	18,2

Bei den angestellten ErgotherapeutInnen findet die Zusammenarbeit mit KollegInnen derselben Berufsgruppe sowie mit PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und ÄrztInnen deutlich häufiger statt (*Tabelle 4.4-2*).

Tabelle 4.4-2: Zusammenarbeit angestellter ErgotherapeutInnen mit anderen Berufsgruppen. Quelle: ÖBIG [5]

Berufsgruppen	Zusammenarbeit freiberuflicher ErgotherapeutInnen (in %)				
	immer	häufig	selten	nie	Keine Angaben
andere diplomierte ErgotherapeutInnen	45,9	28,3	14,1	7,9	3,8
PhysiotherapeutInnen	33,2	37,2	21,7	4,1	3,8
LogopädInnen	19,7	26,3	24,2	23,1	6,8
Praktische/r Arzt/ Ärztin	7,1	10,6	29,6	41,3	11,4
Facharzt/ärztin	32,9	30,8	23,6	7,3	5,4

4.5 Zuständigkeiten und Finanzierungsformen

Ergotherapeutische Leistungen werden von den Ländern im Rahmen der Rehabilitation erbracht

Ergotherapeutische Leistungen werden im Rahmen der Behindertenhilfe (in manchen Landesgesetzen auch als Rehabilitation bezeichnet) von den Ländern erbracht; aus dem Titel der Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn finden sich solche Leistungen in allen Zweigen der Sozialversicherung (Unfallversicherung, Pensionsversicherung, Krankenversicherung).

Leistungserbringung erfolgt durch freiberufliche oder angestellte ErgotherapeutInnen

Im Bereich der Krankenversicherung ist Ergotherapie eine Pflichtleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit und Teil der Krankenbehandlung. Die konkrete Leistungserbringung kann durch freiberufliche ErgotherapeutInnen (mit Verträgen oder im Wege von satzungsmäßigen Kostenzuschüssen) oder durch angestellte ErgotherapeutInnen (beispielsweise in Ambulatorien) erbracht werden. Eine andere Form der Leistungserbringung wäre über Vereine, die Verträge mit den Krankenversicherungsträgern abgeschlossen haben.

4.6 Ausbildung

Bologna-Prozess: Akademisierung der Ausbildung

In Folge des Bologna-Prozesses und der Bologna-Deklaration von 1999, mit dem Ziel die Hochschulrahmenbedingungen und akademischen Abschlussgrade in Europa zu vereinheitlichen, wurde die Ausbildung zum/zur ErgotherapeutIn von einem Diplom an einer Akademie, auf eine Ausbildung an der Fachhochschule mit akademischem Abschluss (Bachelor of Science) umgestellt.

(weltweite) Vereinheitlichung der Ausbildung

Ergo Austria ist Mitglied im *European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE). Die Vereinigung hat das Ziel, die bestehenden Ergotherapieausbildungen (weltweit) zu vereinheitlichen und diese in ihrer Entwicklung und Professionalisierung zu unterstützen. Ziel ist eine Verbesserung der Ausbildung hinsichtlich Vergleichbarkeit, Standards und Qualität [16].

Förderung der wiss. Denkweise, z.B. evidenzbasierte Praxis (EPB)

Neben der Vergleichbarkeit und Möglichkeit der europäischen/ internationalen Anerkennung des Abschlusses, ist die Entwicklung und Förderung der wissenschaftlichen Denkweise in der Ausbildung der Ergotherapie ein bedeutendes Ziel der Akademisierung des Berufes. Die Akademisierung bereitet den Weg, wissenschaftliche Grundlagen aufzuarbeiten und die Evidenzbasierung voranzutreiben [5, 17]. Durch die Aufnahme der Lehre der evidenzbasierten Praxis (EBP) in das Curriculum, werden die Studierenden mit evidenzbasiertem Handeln vertraut gemacht und erlernen, dieses in den Praxisalltag zu integrieren [18].

**Studium an 8 FHs
B.Sc. Abschluss
Master-Studium an 2 FHs**

Im Wintersemester 2006 starteten die FH Joanneum und die FH Salzburg mit den ersten Bachelor-Studiengängen, 2007 folgten die FH Wiener Neustadt und die FH Campus Wien. Heute findet das Studium an 8 Fachhochschulen statt. Es endet mit dem Abschluss des Bachelor of Science (Abkürzung B.Sc./ Bakkalaureat. Weiterbildende Master-Lehrgänge werden ausschließlich am Campus Wien und der FHG Innsbruck angeboten. In Innsbruck gibt es darüber hinaus eine akademische Weiterbildung („Akademische/r ExpertIn für Handlung, Gesundheit und Partizipation“) für Ergothe-

rapeutInnen. Weitere Möglichkeiten für ein Master-Studium werden im Ausland geboten. Es entsteht ein hohes Potential für Brain Drain, höherqualifizierte ErgotherapeutInnen verlassen Österreich um im Ausland eine Karriere zu beginnen.

Voraussetzung für den Studienbeginn ist die Allgemeine Universitätsreife (Matura), eine einschlägige Studienberechtigungsprüfung oder eine einschlägige berufliche Qualifikation (z.B. diplomierte/r Gesundheits- und KrankenpflegerIn). Der Bewerbung muss an einigen Standorten ein Motivationsschreiben beigelegt werden. Alle Fachhochschulen führen Gespräche zur beruflichen Qualifikation sowie Eignungstests (logisches Denken, verbale Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit) durch [18]. Die Ergebnisse (Noteneinreichung) entscheiden über die Bewilligung eines Studienplatzes. Die Studienplatzanzahl ist begrenzt, sie liegt zwischen 16 in Klagenfurt und 32 in Linz/ Wiener Neustadt (siehe Tabelle 4.6-1). Die Studienplatznachfrage ist jedoch weitaus größer als das bestehende Angebot. 2001 haben sich beispielsweise in Wien 400 Personen um die 30 bestehenden Plätze beworben (damals Akademie), wobei allerdings von Mehrfachbewerbungen auszugehen ist [5].

Das Bachelor-Studium wird in Vollzeit geleistet und umfasst 6 Semester, es müssen 180 ECTS-Punkte erbracht werden. Der Unterricht erfolgt in deutscher Sprache, beinhaltet ein Praktikum und 2 Bachelorarbeiten. Der Aufbau des Curriculums orientiert sich an der FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV) von 2006 [8, 19]. Diese beschreibt die Mindestanforderungen an die Studierenden, die Lehrenden sowie die fachspezifischen Inhalte der zu erlernenden MTD-Berufe. Für die Module mit jeweiligen thematischen Schwerpunkten (u.a. aus der Medizin, Sozialwissenschaften, wissenschaftliches Arbeiten und Forschen) werden je Modul 5 ECTS-Punkte vergeben, daraus ergeben sich insgesamt 27 Module (135 ECTS-Punkte). Für das Berufspraktikum werden 45 ECTS-Punkte angerechnet [18, 20].

**Abwanderung ins
Ausland möglich**

Bewerbungsverfahren

**begrenzt
Studienplatzangebot**

hohe Nachfrage

Curriculum:

**Medizin,
Sozialwissenschaften,
wiss. Arbeiten**

Berufspraktikum

Tabelle 4.6-1: Übersicht der Fachhochschulen mit Bachelor/Master Ausbildungsplätzen

Fachhochschule	Studienplätze pro Durchgang / Durchgänge	Studiengebühren pro Semester (363,36 €)
BACHELOR		
Kärnten FH Kärnten, Klagenfurt	16 / 2 Durchgänge alle 3 Jahre	ja
Niederösterreich FH Wiener Neustadt, Wiener Neustadt	30-32 / jährlich	ja
Niederösterreich IMC FHKrems	30 / jährlich ³	ja
Oberösterreich FH Gesundheitsberufe OÖ, Linz	32 / jährlich	nein
Salzburg FH Salzburg, Standort Christian Doppler Klink	20 / alle 3 Jahre (2013,...)	ja
Steiermark FH Joanneum, Bad Gleichenberg	24 / jährlich	nein
Tirol FH Gesundheit (fhg), Innsbruck	26 / jährlich	ja
Wien FH Campus Wien	30 / jährlich	ja
MASTER		
Tirol FH Gesundheit (fhg), Innsbruck	20 / (voraussichtlich) alle 2 Jahre (2012,...) ⁴	9.600 €
Wien FH Campus Wien	20-25 / alle 2 Jahre	9.600 €

AbsolventInnen/ BerufsanfängerInnen

zwischen 1973 – 2000
wurden ca. 1.449
TherapeutInnen
ausgebildet

jährlich absolvieren ca.
144 „neue“

ErgotherapeutInnen
(Bachelor)

Ab 2014 sind es 174
AbsolventInnen

alle 2 Jahre 40-45
MasterabsolventInnen

Das ÖBIG hat aus dem Angebot der Ausbildungsplätze (damals zur/m diplomierten ErgotherapeutIn) die dementsprechende Anzahl an AbsolventInnen der Jahre 1973 bis inklusive 2000 berechnet. Insgesamt haben in diesem Zeitraum 1.449 Personen eine Ausbildung zur/zum ErgotherapeutIn an österreichischen Akademien absolviert [5]. Rezentere Hochrechnungen gibt es nicht.

Laut Angaben der Fachhochschulen ist die derzeitige AbsolventInnenquote hoch, die Anzahl der Drop-Outs eines Jahrgangs beträgt derzeit circa 0-2 Personen.

Die Anzahl der jährlich neu ausgebildeten ErgotherapeutInnen (Bachelor) liegt (ohne Drop-outs) dem Ausbildungsplatzangebot entsprechend bei 144 Personen (bei 32 TeilnehmerInnen in Wiener Neustadt). Ab 2014, wenn der erste Jahrgang in Krems abschließt, sind es 174 Personen. Zusätzlich absolvieren alle drei Jahre an der FH in Salzburg weitere 20 Studierende und in Kärnten schließen alle drei Jahre zwei Durchgänge mit je 16 TeilnehmerInnen ab.

Alle 2 Jahre können potentiell 40-45 ErgotherapeutInnen den Masterstudiengang abschließen.

³ Der erste Bachelorstudiengang startete 2011

⁴ Der Masterstudiengang startete erstmalig 2012 mit 14 Studierenden

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung Teil I

Es wurde aufgezeigt, dass Ergotherapie eine der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistung ist, welche zum Ziel hat, die Handlungsfähigkeit der KlientInnen zu verbessern, um deren Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen zu verbessern/ ermöglichen. In den deutschsprachigen Ländern existieren jeweils eigene Berufsdefinitionen, Projekte diese in den deutschsprachigen Ländern zu vereinheitlichen bestehen und eine (internationale) Vernetzung der Berufsgruppe wird vorangeführt.

Die Abgrenzung zu anderen therapeutischen Berufsgruppen wie der Physiotherapie, wird durch die unterschiedlichen Indikationsbereiche, in welchen Ergotherapie eingesetzt wird, und die damit verbundenen zahlreichen unterschiedlichen erbrachten therapeutischen Maßnahmen, erschwert.

Die Ausbildung zur/m ErgotherapeutIn ist in Österreich an Fachhochschulen angesiedelt und nach internationalen Vorgaben standardisiert. Die zunehmende Akademisierung und wissenschaftliche Ausrichtung des Berufsbilds soll zukünftig wesentlich dazu beitragen, die Evidenzbasierung der Ergotherapie (z.B. durch die Publikation von wissenschaftlichen Artikeln mit peer-review) voranzutreiben.

Aufgrund der fehlenden Registrierungspflicht der ErgotherapeutInnen kann nicht angegeben werden, wie viele LeistungserbringerInnen es in Österreich gibt.

Vom Verband der ErgotherapeutInnen wird eine Änderung des MTD-Gesetzes zur verpflichtenden Registrierung aller MTD-Berufe gefordert. Der Dachverband der MTD-Berufe hat eine Registrierungsinitiative gestartet, um aussagekräftigere Daten der über die Berufsausübenden TherapeutInnen zu erhalten. Ziel ist es, alle berufsausführenden TherapeutInnen mit Auskunft zur Region und Arbeitsstelle (eigene Praxis, Angestellte etc.) per Liste zu führen. Die Registrierung kann auch zur Qualitätssicherung beitragen, indem bspw. Praxen auf Standards (Ausstattung, Hygiene etc.) überprüft, sowie die Qualifikation des Personals durch Fortbildungen etc. kenntlich gemacht werden können. Eine Überprüfung der Versorgungsqualität ist besonders bei WahlergotherapeutInnen erwünscht, da bisher keine Rahmenbedingungen, z.B. für die Ausstattung einer Praxis, vorgegeben sind.

Ergotherapie wird in allen Zweigen der Sozialversicherung erbracht. Im Rahmen der Krankenversicherung erfolgt die Leistungserbringung durch freiberufliche oder angestellte ErgotherapeutInnen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt entweder über Verträge mit den Kassen, Kostenzuschüsse oder über Vereine.

Es ist erforderlich, den Nutzen ergotherapeutischer Maßnahmen darzustellen, obwohl aufgrund der individuellen (je PatientIn getroffenen) Zielvereinbarungen eine einheitliche Messung des Therapieerfolgs erschwert ist. Evidenzanalysen für ausgewählte Indikationsbereiche folgen in den weiteren Teilberichten des Ergotherapieprojekts.

Nur nach Evidenzanalyse für den Nutzen der Ergotherapie für bestimmte Indikationsbereiche kann unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten zur Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung/ gesundheitlichen Einschränkung der Bedarf an ergotherapeutischen Maßnahmen (und TherapeutInnen) und des damit verbundenen Ressourcenaufwands abgeschätzt werden.

...es bestehen verschiedene Berufsdefinition

Zusammenführung der deutschsprachigen Berufsgruppen

...unterschiedliche Indikationsbereiche erschweren Abgrenzung

...Akademisierung und Evidenzbasierung hat eingesetzt

...aufgrund fehlender Registrierungspflicht keine Aussagen möglich zu Anzahl der TherapeutInnen

...Änderung des MTD-Gesetzes wird gefordert

...dient auch zur Qualitätssicherung

...uneinheitliche Kostenübernahme

Evidenzanalysen zum Nutzen

Gegenüberstellung mit epidemiologischen Daten

Teil II: Ergotherapie bei rheumatoider Arthritis

6 Hintergrund Teil II

Wie in Teil I erläutert, folgen in den weiteren Projektteilen zur Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs an ergotherapeutischen Maßnahmen nun Evidenzanalysen zu deren Nutzen in einzelnen Indikationsbereichen. Im vorliegenden Teil II sollen ergotherapeutischen Maßnahmen bei rheumatoider Arthritis analysiert werden.

Evidenzanalyse

6.1 Rheumatoide Arthritis

Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine entzündliche Systemerkrankung des Bindegewebes, die vorwiegend die Gelenke betrifft (Arthritis= Gelenkentzündung) und führt in der Regel zur Gelenkszerstörung [21]. Rheumatoide Arthritis betrifft ca. 0,6% der Bevölkerung in Österreich [22]. Der Beginn der Erkrankung ist in jedem Alter möglich, liegt jedoch meistens zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Frauen sind dreifach häufiger betroffen als Männer [21]. Neben der körperlichen Einschränkung betreffen die negativen Konsequenzen der Krankheit auch das familiäre und soziale Leben der Betroffenen sowie deren Arbeitssituation [23, 24].

**Rheumatoide Arthritis (RA) =
Gelenkentzündung**

**Auftreten meistens im
Alter von 40-50**

**Frauen sind häufiger
betroffen**

Zu den Symptomen gehören Morgensteifigkeit der Finger und Handgelenke, Schmerzen, verminderte Kraft und Ermüdung (Fatigue). Die Heilung der RA ist nicht möglich, eine antirheumatische Therapie versucht das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen oder aufzuhalten. Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist komplex. Sie beinhaltet „medikamentöse, physikalische, ergotherapeutische, orthopädische und psychologische Behandlungen“ [21]. Ziel der Therapie ist es, die körperliche Beweglichkeit und die Lebensqualität der KlientInnen zu verbessern [25], hierfür werden auch Hilfsmittel, wie Handschienen, eingesetzt. Durch eine Linderung der Schmerzen sollen die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), wie Anziehen, Kochen, Waschen, Einkaufen sowie die Gestaltung der Freizeit ermöglicht und erleichtert werden.

Ziele der Therapie:

**-Verbesserung der
Lebensqualität**

**-Aktivitäten des tägl.
Lebens ermöglichen**

6.2 Cochrane-Review „Ergotherapie bei rheumatoider Arthritis“

**Cochrane-Review
„Ergotherapie bei RA“
aus 2004**

**38 Studien
eingeschlossen**

**kontrollierte und nicht-
kontrollierte Studien
wurden inkludiert**

**7 Kategorien
ergotherapeutischer
Interventionen**

**betrachtete Endpunkte:
Schmerz, Funktion,
QoL,....**

**insgesamt 16 RCTs, 6
CCTs und 16 „other
design“ Studien
ausgewertet**

**Qualität der Studien
heterogen, Einstufung
in „hoch“ und „niedrig“**

**„best-evidence-
Synthese“ anstatt Meta-
Analyse**

Die Cochrane-Collaboration veröffentlichte im Jahr 2004 einen systematischen Review (Steultjens et al., 2004) [24] zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis. Es wurde nach Literatur in relevanten Datenbanken bis zum Zeitpunkt Dezember 2002 recherchiert. Insgesamt konnten 38 Studien in die Auswertung eingeschlossen werden, dabei wurden kontrollierte (randomisierte und nicht-randomisierte) Studien sowie nicht-kontrollierte Studien (Fallserien, pre-post Studien) berücksichtigt. Die ergotherapeutischen Interventionen wurden in sieben Kategorien unterteilt: 1) Comprehensive therapy, 2) Training of motor function, 3) Training of skills, 4) Instruction on joint protection, 5) Counseling, 6) Instruction about assistive devices, 7) Provision of splints.

Die Auswertung der inkludierten Studien erfolgte hinsichtlich der Outcomeparameter Funktionalität (Alltagsfertigkeit inkl. Geschicklichkeit), Schmerz, Ermüdung („Fatigue“), soziale Teilhabe und gesundheitsbezogen Lebensqualität. Außerdem wurden, soweit in den Primärstudien angegeben, Ergebnisse zu den Punkten Wissen über Krankheitsmanagement, Therapie-treue, Selbstwirksamkeit, Greifkraft und Bewegungsumfang („range of motion“) wiedergegeben.

Die Studienqualität der insgesamt 16 RCTS wurde bei 6 RCTs als hohe Qualität bewertet (10 niedriger Qualität) alle sechs CCTs wurden als niedrige Qualität eingestuft. Neun der unkontrollierten Studien wurden, unter Berücksichtigung der methodischen Qualität von nicht-kontrollierten Studiendesigns, als „hohe“ und sieben als „niedrige“ Studienqualität eingestuft. Aufgrund heterogener PatientInnenkollektive, Unterschiede in den Interventionen bezüglich Dauer, Setting etc. und unterschiedlicher Outcome-Messskalen war es nicht möglich eine Meta-Analyse durchzuführen. Stattdessen erfolgte die Auswertung der Studienergebnisse mittels einer „best evidence“-Synthese. Aufgrund der Schwäche der Qualität nicht-kontrollierter Studien wurden ausschließlich die Studien, deren interne Validität als ausreichend oder gut bewertet wurden, in die Auswertung aufgenommen. Die Ergebnisse dieser Studien werden dennoch nur als „Hinweis auf...“ beschrieben. Sofern kontrollierte Studien (RCTs/ CCTs) vorlagen, wurden diese Ergebnisse für die „best-evidence“-Synthese herangezogen, die Ergebnisse der unkontrollierten Studien konnten diese Ergebnisse allenfalls unterstreichen. Generell wurde die Qualität der eingeschlossenen Studien als eher schlecht und mit hoher Bias-Wahrscheinlichkeit bewertet.

7 Ziel des Berichtsteils II

Ziel des Berichtsteils II ist es, die Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis darzustellen. Fragen zur Kosten-effektivität der Ergotherapie werden in dieser Analyse nicht berücksichtigt.

**Wirksamkeit
ergotherapeutischer
Maßnahmen bei
PatientInnen mit
rheumatoider Arthritis**

8 Methoden Teil II

Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit verwendet den Cochrane-Review von 2004 (siehe 6.2) als Ausgangsbasis der Recherche und kann somit als ein Art „Update“ der systematischen Übersichtsarbeit von Steultjens et al. [24] verstanden werden. Er bedient sich der bereits formulierten Kategorisierung von ergotherapeutischen Interventionen, der Suchstrategie und ergänzt die bisherigen Ergebnisse mit denen des Updates der Literatur ab dem Jahr 2003. Jedoch wurden die Ein- und Ausschlusskriterien eingegrenzt bzw. erweitert. Der vorliegende Review schließt (im Gegensatz zum Cochrane-Review [24], der jegliche kontrollierte, aber auch unkontrollierte Studien einschloss) ausschließlich randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) ein. Außerdem werden nur Studien berücksichtigt, in denen die Interventionen ausdrücklich von ErgotherapeutInnen erbracht werden. Wie im Cochrane-Review [24] werden Interventionen, die von einem multidisziplinären Team (Zusammenarbeit von ErgotherapeutInnen mit anderen Professionen) erbracht werden, ausgeschlossen (siehe auch 8.2).

systematische Übersichtsarbeit basierend auf Cochrane-Review

neu: eingeschlossen werden nur RCTs

wie beim Cochrane Review werden keine multidisziplinären Interventionen berücksichtigt

8.1 Fragestellung

Sind ergotherapeutische Maßnahmen bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis im Vergleich zu keiner/ anderen Interventionen, oder der Routinebehandlung hinsichtlich der Schmerzminderung, und Verringerung von Ermüdungserscheinungen sowie der Verbesserung der Funktionalität, der Lebensqualität und der Greifkraft wirksamer?

Fragestellung:

Personen, Intervention, Kontrolle, Endpunkte (=PIKO)

8.2 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien für relevante Studien sind in Tabelle 8.2-1 zusammengefasst.

Einschlusskriterien für Studien:

Tabelle 8.2-1: Einschlusskriterien

Population	-PatientInnen mit einer klinischen Diagnose der rheumatoiden Arthritis -≥18 Jahre
Intervention(en)	Ergotherapie (engl. occupational therapy, ergotherapie) die von einem Ergotherapeut, einer Ergotherapeutin erbracht wird
Kontrolle	-keine Intervention -Routine Versorgung (incl. standard occupational therapy) -andere Interventionen

Vergleich gegen keine Intervention oder Standard-Therapie

Endpunkte: Schmerz, Funktion, Lebensqualität, Ermüdung, Greifkraft

nur randomisiert kontrollierte Studien (RCTs)

Outcomes/ Endpunkte	-Schmerz -Funktion (inkl. Geschicklichkeit) -Lebensqualität (inkl. Wohlbefinden und Depressionen) -Ermüdung ("fatigue") -Greifkraft
Studiendesign	Randomisiert kontrollierte Studien (RCTs), cross-over-Studien

Spezifikation der Einschlusskriterien

- ✿ die Intervention muss laut Studienprotokoll/-publikation von einem Ergotherapeuten/einer Ergotherapeutin erbracht worden sein.

Ausschlusskriterien

- ✿ Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
- ✿ PatientInnen mit juveniler idiopathischer Arthritis
- ✿ PatientInnen mit rheumatoider Arthritis und anderen Erkrankungen (Multimorbidität)
- ✿ Vergleich gleicher Hilfsmittel verschiedener Hersteller
- ✿ Studien mit multi-disziplinärem Ansatz (Programme, welche von verschiedenen Berufsgruppen z.B. ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen etc. gemeinsam durchgeführt werden)
- ✿ Nicht randomisiert, kontrollierte Studien
- ✿ Fallserien, Fallstudien
- ✿ ExpertInnenmeinungen
- ✿ Kosten-Effektivitäts-Studien
- ✿ Studienprotokolle
- ✿ Korrespondenz, Editorials, etc.

8.3 Literatursuche

systematische Literatursuche in 5 Datenbanken

Die systematische Literatursuche wurde am 19.12.2011 in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- ✿ Cochrane
- ✿ CRD
- ✿ Embase
- ✿ Medline
- ✿ OT-Seeker

Die Suchstrategie der Medline-Suche befindet sich exemplarisch im Anhang.

Die systematische Suche wurde zu Beginn für den Zeitraum 2000 bis 2011 durchgeführt. Es wurde der Cochrane-Review von Steultjens et al. identifiziert (welcher Literatur bis Dezember 2002 berücksichtigt) und als Grundlage eingeschlossen. Für das Update des Reviews wurde demnach der Zeitraum der Literatur auf 2003 bis 2011 begrenzt. Die Suche wurde außerdem auf Meta-Analysen, systematische Reviews und kontrollierte Studien sowie auf englisch- und deutschsprachige Literatur eingeschränkt. Die genaue Suchstrategie kann auf Anfrage beim LBI-HTA angefordert werden.

Durch Handsuche wurden zusätzliche 6 Arbeiten identifiziert, was die Gesamtzahl der Treffer auf 224 erhöhte.

**Eingrenzung des
Zeitraums auf 2003-2011**

**218 Artikel + 6 Artikel
durch Handsuche**

**Gesamt: 224
Literaturzitate**

8.4 Literatursauswahl

Eingrenzung des
Zeitraums auf 2003-2011

197 Treffer zur
Durchsicht

Insgesamt standen aus der Literaturrecherche für den Zeitraum 2000-2011 224 Quellen für die Literatursauswahl zur Verfügung. Die Literatursauswahl wurde in einem zweiten Schritt auf den Zeitraum 2003 bis Dezember 2011 eingeschränkt, wodurch 197 Literaturzitate zur Durchsicht verblieben. Die Literatur wurde von zwei Personen unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung einer dritten Person gelöst. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 8.4-1 dargestellt:

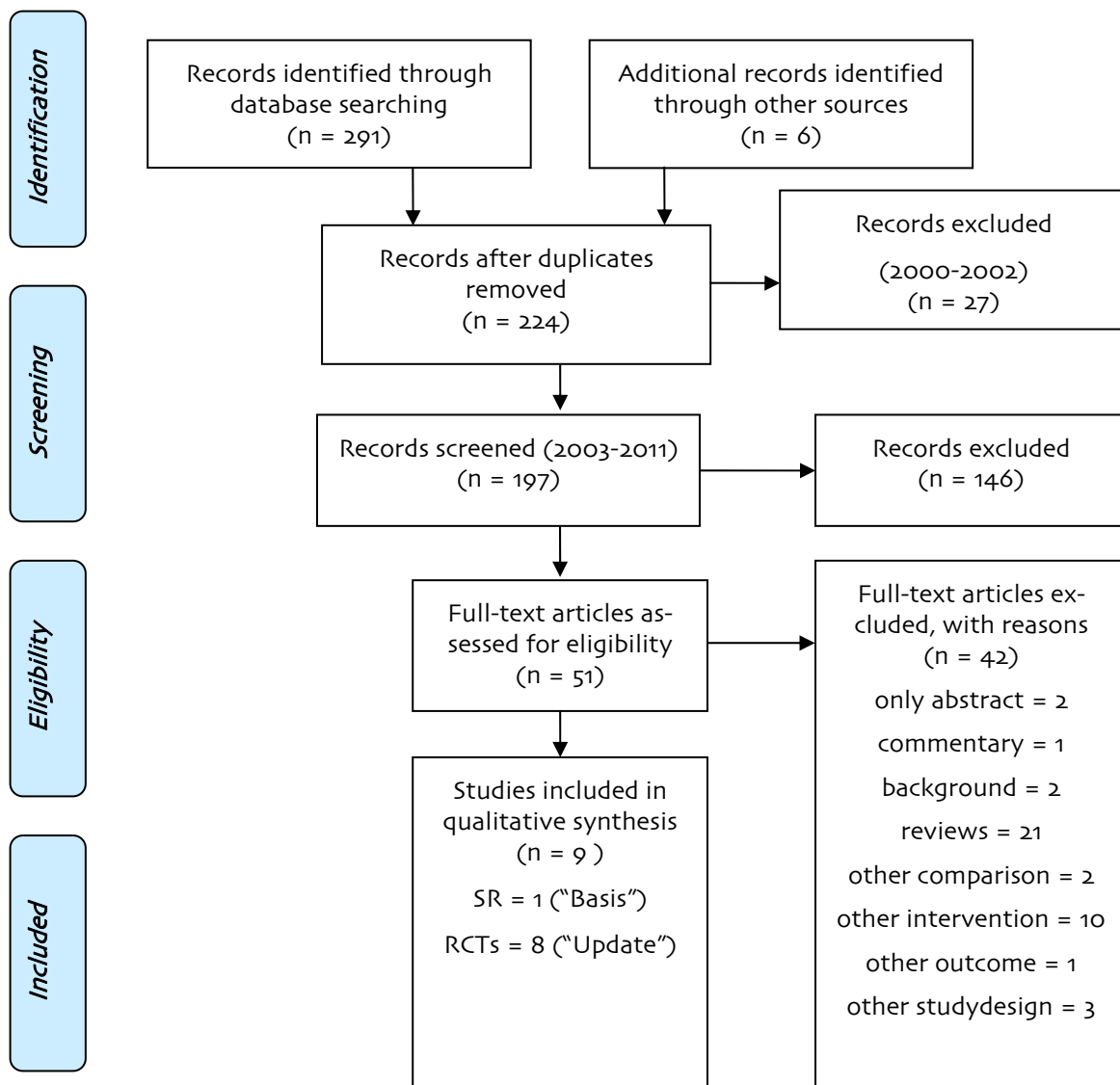


Abbildung 8.4-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

8.5 Beurteilung der Qualität der Studien

Die Beurteilung der internen Validität der Studien erfolgte durch zwei WissenschaftlerInnen unabhängig voneinander. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung einer dritten Person gelöst. Eine genaue Auflistung der Kriterien, die für die Beurteilung der internen Validität einzelner Studientypen verwendet wurden, ist im Internen Manual des LBI-HTA zu finden [26]. Die Qualitätsbeurteilung befindet sich im Anhang (Kapitel 0).

Qualitätsbeurteilung der Studien

8.6 Datenextraktion

Die Datenextraktion wurde von einer Person durchgeführt. Eine zweite, unabhängige Person überprüfte die Vollständigkeit und Korrektheit der extrahierten Daten.

Datenextraktion

8.7 Review

Der Bericht wurde von einer internen Reviewerin und zwei externen ReviewerInnen begutachtet, wobei letztere u.a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht wurden:

Qualitätssicherung durch internen und externen Reviewprozess

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (Stimmen die Informationen?)
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (Wird die Methode richtig eingesetzt?)
- ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?)
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen?)
- ✿ „formale Korrektheit“
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts liegt beim LBI-HTA.

9 Ergebnisse Teil II: Darstellung der Studienergebnisse

Zur Beantwortung der Fragestellung liegen der Cochrane-Review [24] mit den Studienergebnisse bis Ende 2002 sowie 8 randomisiert-kontrollierte Studien [27-34] aus der Update-Suche ab 2003 vor. Analog dem Review von Steultjens et al. [24] werden die Studien einer der sieben Kategorien ergotherapeutischer Interventionen zugeordnet (vgl. Kapitel 6.2). Von den 8 neu identifizierten RCTs gehören je zwei Studien zu der Kategorie „umfassende Ergotherapie“ [27, 28] und „Schulung zum Gelenksschutz“ [29, 30]. Vier RCTs wurden der Kategorie „Schienenversorgung“ [31-34] zugeordnet.

Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt nach den o.g. Kategorien ergotherapeutischer Maßnahmen (Kapitel 9.1 bis 9.7). Zu Beginn erfolgt jeweils eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Cochrane-Reviews, diese werden durch die ggf. gefundene neue Literatur (inkl. Tabellen der Studiencharakteristika) ergänzt.

Ergebnisse des
Cochrane-Reviews sowie
8 RCTs aus Update

Darstellung der
Ergebnisse nach
Kategorien

Tabellen präsentieren
Charakteristika der
neuen Studien

9.1 Umfassende Ergotherapie („Comprehensive occupational therapy“)

Umfassende Ergotherapie beinhaltet das Training von Motorik und Alltagsfertigkeiten sowie Gelenkschutzberatung und bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln und Handschienen.

9.1.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

In den Cochrane-Review wurden insgesamt 4 Studien (3 RCTs, eine nicht kontrollierte Studie) zu „umfassende Ergotherapie“ eingeschlossen. Davon verglichen 2 RCTs die Interventionen versus keine Behandlung und ein RCT gegen eine Alternativbehandlung. Das Follow-up betrug 6 bis 10 Wochen.

Schmerz: Der Endpunkt wurde in 2 Studien erhoben. Es konnte keiner der beiden RCTs, die gegen keine Behandlung verglichen, signifikante Ergebnisse in der Schmerzreduktion aufzeigen (relative difference: -10% bis 5%)⁵.

Funktion: Ein RCT hoher Qualität berichtete einen signifikant positiven Effekt auf die Funktionalität in der Interventionsgruppe, während ein anderer RCT niedriger Qualität keine signifikanten Ergebnisse zeigte (relative difference: -6% bis 20%).

„umfassende
Ergotherapie“

4 Studien aus Cochrane

keine Schmerzreduktion

Ergebnisse zur Funktion
widersprüchlich

⁵ “relative difference” (range) in the change from baseline is calculated as the absolute benefit divided by the baseline mean (control group). The relative difference in change is used to provide clinically meaningful information about expected improvement relative to the placebo or untreated group with each intervention.

keine signifikanten
Ergebnisse zu
Depressionen

keine Ergebnisse für
Ermüdung und
Greifkraft

Lebensqualität: Für Depressionen konnten keine der beiden RCTs (einer von hoher, einer von niedriger Qualität) signifikante Ergebnisse im Vergleich der Gruppen aufzeigen (relative difference: -9% bis -1%).

Ermüdung: keine Angaben

Greifkraft: keine Angaben

9.1.2 Update-Ergebnisse

2 RCTs aus Update

Durch die Literatursuche konnten zwei RCTs identifiziert werden, die ergotherapeutische Interventionen kombinierten [27, 28]. Die Ergebnisse der Studien sind in Tabelle 9.1-1 dargestellt:

Studiencharakteristika

Tabelle 9.1-1: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zu „umfassender Ergotherapie“

Author, year, reference number	Hammond A et al. (2004) [27]	Macedo AM et al. (2009) [28]
Country	UK	UK, AUS
Sponsor	NHS R&D Programme for people with physical and complex disabilities; North Thames Regional Health Authority R&D Response Funding programme, and the Arthritis Research Campaign	supported by a grant from the Guy's and St. Thomas' Charitable Foundation
Study design	RCT	RCT
Patient characteristics	RA <2.5 years	employed patients with RA with increased perceived work disability risk (WIS Score ≥ 10)
Intervention	OT plus rheumatology care group; 5 sessions (4x1h individual treatment, 1x2h group AEP ⁶ with extra appointment if necessary ⁷) plus individual treatment plan	6 months comprehensive occupational therapy (incl. work assessment, individualised treatment plan) + rheumatology care
Comparator	usual rheumatology care	usual rheumatology care
RA diagnosis	by consultant rheumatologist	ACR criteria
RA duration (years) mean (SD)	0,75 (0,7) vs. 0,8 (0,75)	12 (10) vs. 8 (6)
Number of patients randomised	162 vs. 164	16 vs. 16

⁶ incl. information about RA, psychological effects of RA, coping-strategies

⁷ optional programme: provision/recommendation of assistive devices, referral to social services, splints, exercises, referring to physiotherapy if needed, gait analysis, foot advice, advice on leisure and work, relaxation training and coping with stress, discussion the effect of RA on relationships and mood, sexual advice

Author, year, reference number	Hammond A et al. (2004) [27]	Macedo AM et al. (2009) [28]
Age of patients (years) mean (SD)	54 (14) vs. 57 (14)	49 (12) vs. 53 (8)
Sex (male/ female)	41/121 vs. 49/115	1/15 vs. 1/15
Medication at baseline	DMARDs: 78% vs. 72% NSAID: 60% vs. 53% low dose oral steroids: 36% vs. 36% no drugs: 6% vs. 7%	biologic agents: 2 vs. 3 DMARDs: 14 vs. 13
Follow up (months)	24	6
Drop-out (patients)	26+2 died (17%) vs. 32+5 died (23%)	0
Assessment of internal validity	high	low

In den RCT von Hammond et al. [27] wurden 326 PatientInnen mit einer kürzlich diagnostizierten RA (innerhalb der letzten 2,5 Jahre) eingeschlossen. Die Interventionsgruppe (n=162 PatientInnen) erhielt umfassende Ergotherapie (Informationen über RA, Behandlung und Krankheitsmanagement, ADL Training, Gelenkschutz-Training, Aufgaben zur Bewegung und Positionierung der Hand). Die Kontrollgruppe (=164 PatientInnen) erhielt ausschließlich die Routinebehandlung für Rheuma-PatientInnen. Die Erhebung der Endpunkte erfolgte nach 6, 12 und 24 Monaten.

RCT: 162 v. 164 TN
early RA: <2,5 Jahre
24 Monate follow-up

In die Studie von Macedo et al. [28] wurden ausschließlich berufstätige PatientInnen, die durch die RA eine Einschränkung in ihrer beruflichen Tätigkeit erlebten, eingeschlossen. Während die Kontrollgruppe (n=16) ausschließlich die Routinebehandlung für Rheuma-PatientInnen bekam, erhielt die Interventionsgruppe (n=16) zusätzliche ergotherapeutische Maßnahmen sowie eine Begehung und Assessment des Arbeitsplatzes. Das Follow-up betrug 6 Monate.

RCT: berufstätige PatientInnen
16 vs. 16 TN
6 Monate Follow-up

Studienergebnisse

Tabelle 9.1-2: Ergebnisse der eingeschlossene Studien zu „umfassender Ergotherapie“

	Hammond A et al. (2004) [27]	Macedo AM et al. (2009) [28]
Pain VAS-Score (100-mm)		
at baseline	41.1 (95% CI: 36.8, 45.4) vs. 43.2 (95% CI: 38.6, 47.9)	50.7 (± 26.6) vs. 54.7 (± 25.7)
change scores at 6 months	-4.5 (95% CI: -8.4, -0.5) vs. -1.5 (95% CI: -6.5, 3.4); p=0.37	-25.3 (± 24.2) vs. -1.1 (± 23.0) p=0.007
change scores at 12 months	-1.4 (95% CI: -6.5, 3.7) vs. -2.1 (95% CI: -7.3, 3.0); p=0.85	-
change scores at 24 months	-0.9 (95% CI: -6.1, 4.2) vs. -2.2 (95% CI: -7.6, 3.3); p=0.75	-
Pain AIMS2 – subscale pain		
at baseline	-	8.3 (±2.4) vs. 8.8 (±2.9)
change scores at 6 months	-	-2.3 (±1.7) vs. -0.7 (±2.3); p=0.03
Functional ability AIMS2		
at baseline	2.7 (95% CI: 2.4, 3.0) vs. 2.9 (95% CI: 2.5, 3.2)	-
change scores at 6 months	-0.4 (95% CI: -0.6, -0.2) vs. -0.5 (95% CI: -0.7, -0.3); p=0.50	-
change scores at 12 months	-0.3 (95% CI: -0.5, -0.1) vs. -0.4 (95% CI: -0.6, -0.2); p=0.65	-
change scores at 24 months	-0.1 (95% CI: -0.4, 0.2) vs. -0.7 (95% CI: -1.0, -0.3); p=0.14	-
Functional ability HAQ		
at baseline	1.1 (95% CI: 1.0, 1.2) vs. 1.2 (95% CI: 1.0, 1.3)	-
change scores at 12 months	-0.1 (95% CI: -0.2, -0.03) vs. -0.16 (95% CI: -0.3, -0.07); p=0.39	-
change scores at 24 months	-0.2 (95% CI: -0.3, -0.01) vs. -0.2 (95% CI: -0.3, 0.08); p=0.37	-
Functional ability HAQ DI		
at baseline	-	1.4 (±0.8) vs. 1.4 (±0.5)
change scores at 6 months	-	-0.3 (±0.5) vs. 0.2 (±0.5), p=0.02⁸
Functional ability COPM satisfaction		
at baseline	-	3.7 (±1.9) vs. 3.7 (±1.7)
change scores at 6 months	-	COPM satisfaction: 4.1 (±2.4) vs. 0.3 (±2.2); p<0.001⁹

⁸ the proportion of OT patients with clinical meaningful improvements in HAQ DI was not significant greater than that of the usual care group (7/16 vs. 4/16; p=0.26)

⁹ the proportion of OT patients with clinical meaningful improvements in COPM satisfaction was significant greater than that of the usual care group (13/16 vs. 1/16; p=0.001)

Functional ability COPM performance		
at baseline	-	4.5 (± 1.7) vs. 4.4 (± 1.5)
change scores at 6 months	-	3.1 (± 2.0) vs. -0.3 (± 1.4); p<0.001¹⁰
Quality of Life ASES		
at baseline	61.6 (95% CI: 59.0, 65.0), vs. 60.9 (95% CI: 57.8, 64.0)	-
change scores at 6 months	4.6 (95% CI: 2.2, 7.0) vs. 3.4 (95% CI: 1.1, 5.7); p=0.47	-
change scores at 12 months	4.6 (95% CI: 2.1, 7.0) vs. 2.5 (95% CI: 0.1, 4.9); p=0.22	-
change scores at 24 months	3.4 (95% CI: 0.9, 5.9), vs. 4.9 (95% CI: 2.3, 7.5); p=0.48	-
Quality of Life EUROQoL – Global		
at baseline	-	54.9 (± 26.7) vs. 60.7 (± 22.7)
change scores at 6 months	-	20.6 (± 31.5) vs. -6.7 (± 25.5); p=0.02
Fatigue (NR)		
at baseline	-	1.8 (± 0.7) vs. 2.2 (± 0.7)
change scores at 6 months	-	-0.3 (± 0.9) vs. -0.2 (± 0.7); p=0.82
Grip strength Jamar dynamometer		
at baseline	14.9 (95% CI: 13.5, 16.2) vs. 14.8 (95% CI: 13.3, 16.4)	-
change scores at 6 months	1.6 (95% CI: 0.8, 2.3) vs. 1.7 (95% CI: 0.7, 2.7); p=0.84	-
change scores at 12 months	2.3 (95% CI: 1.4, 3.2) vs. 2.1 (95% CI: 1.0, 3.2); p=0.75	-
change scores at 24 months	1.8 (95% CI: 0.7, 2.9) vs. 2.4 (95% CI: 1.3, 3.6); p=0.41	-
Grip strength Jepsen hand function		
at baseline	37.7 (95% CI: 36.2, 39.3) vs. 39.3 (95% CI: 35.6, 39.3)	-
change scores at 6 months	-0.3 (-1.5, 0.9) vs. -1.2 (-2.8, 0.4); p=0.36	-
change scores at 12 months	-0.9 (-2.4, 0.5) vs. -2.2 (-4.0, -0.4); p=0.29	-
change scores at 24 months	-0.03 (-1.4, 1.4) vs. -1.4 (-3.0, 0.3); p=0.22	-

Intervention vs. Control-Group; NR=not reported; **bold**= statistically significant between-group difference

¹⁰ the proportion of OT patients with clinical meaningful improvements in COPM performance significant greater than that of the usual care group (12/16 vs. 1/16; p=0.001)

widersprüchliche
Studienergebnisse bei
den Endpunkten

Schmerzen...

...und Funktion

signifikante
Verbesserung der
Lebensqualität nach 6
und 12 Monaten

jeweils ein RCT: keine
Gruppenunterschiede
bei Ermüdung und
Greifkraft

Schmerz: Die Ergebnisse zur Schmerzreduktion sind widersprüchlich: während in einem RCT von guter Qualität [27] keine eindeutige Verminderung der Schmerzen in der Interventionsgruppe festgestellt werden konnte, war im zweiten RCT mit unzureichender Qualität [28] hingegen eine signifikante Schmerzreduktion in der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe zu beobachten.

Funktion: Während in einem RCT guter Qualität [27] keine signifikanten Gruppenunterschiede beobachtet werden konnten, zeigte der andere RCT unzureichender Qualität [28], eine signifikante Funktionsverbesserung in der Interventionsgruppe. Bei den Messskalen COPM function und COPM satisfaction war der Anteil an PatientInnen mit einer Verbesserung der Funktion in der Ergotherapie-Gruppe signifikant größer, als in der Kontrollgruppe.

Lebensqualität: Der RCT guter Qualität [27] berichtet eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität nach 12 Monaten, dieses Ergebnis wird nach 24 Monaten jedoch nicht mehr erreicht. In dem RCT mit unzureichender Qualität [28] verbesserte sich die Lebensqualität nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe ebenfalls signifikant gegenüber der Kontrollgruppe.

Ermüdung: Der Endpunkt wurde nur in einem RCT [28] (unzureichender Qualität) erhoben. Es konnte kein eindeutiger Gruppenunterschied festgestellt werden.

Greifkraft: Der Endpunkt wurde nur in einem RCT [27] (guter Qualität) erhoben. Es wurden keine eindeutigen Gruppenunterschiede festgestellt.

9.2 Motorik-Training („Training of motor function“)

9.2.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

„Motorik-Training“
7 Studien aus Cochrane
versus keine oder
Alternativbehandlung
Schmerzen: Ergebnisse
sind widersprüchlich

keine Veränderung der
Funktion

In den Review wurden sieben Studien in die Kategorie „Motorik-Training“ eingeschlossen. Die Intervention wurden in drei RCTs/ CCTs gegen keine Behandlung und in drei RCTs/ CCTs gegen eine Alternativbehandlung verglichen, eine weitere unkontrollierte Studie wurde eingeschlossen.

Schmerz: Der Endpunkt wurde in zwei kontrollierten Studien, zu den Zeitpunkten 4 Wochen, 3 Monate und 4 Monate erhoben. Alle Studien berichteten unzureichende Daten zur Berechnung eines Effektschätzers. Ein RCT hoher Qualität zeigte keinen statistischen Gruppenunterschied bezüglich Schmerzlinderung, wohin gegen ein RCT niedriger Qualität signifikante Ergebnisse bezüglich einer Schmerzreduktion berichtete (relative difference: -55% bis -39%).

Funktion: Zwei kontrollierte und eine nicht-kontrollierte Studie haben zu den Zeitpunkten 4 Wochen, 3 Monate und 4 Monate die Funktionsfähigkeit erhoben. Alle Studien berichteten unzureichende Daten zur Berechnung eines Effektschätzers. Ein RCT hohe Qualität sowie ein RCT niedriger Qualität zeigten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede in der Veränderung der Funktionsfähigkeit (relative difference: 0% bis 15%).

Lebensqualität: keine Angaben

Ermüdung: keine Angaben

Greifkraft: Ein RCT hoher Qualität zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Greifkraft, wohingegen ein RCT, ein CCT und eine unkontrollierte Studie (jeweils niedriger Qualität) signifikante Änderungen in der Greifkraft, gemessen nach 4 Jahren, 6 Monaten und 4 Monaten, aufzeigten (relative difference: -40% bis 76%).

keine Evidenz zu Lebensqualität und Ermüdung
Ergebnisse zur Verbesserung der Greifkraft variieren

9.2.2 Update-Ergebnisse

Es konnten keine zusätzlichen RCTs identifiziert werden.

keine neuen Studien durch Update identifiziert

9.3 Training von Fähigkeiten ("Training of skills")

9.3.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

Zu dieser Intervention wurden keine Studien identifiziert.

keine Evidenz zu „Training von Fähigkeiten“ – keine neuen Studien identifiziert

9.3.2 Update-Ergebnisse

Es konnten keine zusätzlichen RCTs identifiziert werden.

9.4 Schulung zum Gelenksschutz ("Instruction on joint protection")

9.4.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

In den Cochrane-Review wurden 9 Studien, davon 5 RCTs/ CCTs (die Interventionsgruppen wurden entweder gegen keine Schulung oder eine alternative Schulung verglichen) und 4 unkontrollierte Studien eingeschlossen (insgesamt 370 PatientInnen). Das Follow-up lag zwischen 3 Wochen und 6 Monaten, bei einer Studie betrug die Beobachtungszeit 1 Jahr.

Schmerz: Fünf Studien erhoben den Endpunkt Schmerz. Eine signifikante Verbesserung konnte jedoch in keiner der Studien, darunter zwei RCTs hoher Qualität, gefunden werden (relative difference: -17% bis 25%).

Funktion: Acht Studien erhoben den Endpunkt Funktionalität, wovon zwei RCTs von hoher Studienqualität sowie ein CCT niedriger Qualität und eine unkontrollierte Studie von ausreichender Qualität eine signifikante Verbesserung der Funktionalität in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe feststellten (relative difference: 6% bis 187%).

„Schulung zum Gelenksschutz“
9 Studien aus Cochrane

keine Veränderung der Schmerzen

Funktion konnte eindeutig verbessert werden

keine Evidenz zu
Lebensqualität und
Ermüdung

Lebensqualität: keine Angaben

Ermüdung: keine Angaben

Rückgang der Greifkraft
wurde berichtet,
Ursache unklar

Greifkraft: Ein RCT berichtete einen Rückgang der Greifkraft. Den Auto-
Innen blieb unklar, worauf dieser zurückzuführen sei.

9.4.2 Update-Ergebnisse

2 neue RCTs durch
Update zu
Gelenkschulung

Durch die Literatursuche konnten zwei RCTs [29, 30] identifiziert werden, in denen mittels (Schulungs-)Programmen Möglichkeiten und Verhaltensweisen zur Gelenkschonung vermittelt wurden. Die Ergebnisse der Studien sind in Tabelle 9.4-1 dargestellt:

Studiencharakteristika

Tabelle 9.4-1: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zu „Schulung zum Gelenksschutz“

Author, year, reference number	Hammond A & Freeman K (2004) [29]	Niedermann K et al. (2010) [30]
Country	UK	CH, NL
Sponsor	Arthritis Research Campaign, Rheumatology Department Trust Fund, Southern Derbyshire Acute Hospitals NHS Trust	supported by grants of the Zurich Rheumatology Foundation and the Swiss League Against Rheumatism
Study design	RCT	RCT
Patient characteristics	RA < 5 years	ACR functional class II-IV ¹¹ , difficulties and/ or pain in hands
Intervention	4x 2h standard arthritis education programme, incl. 2,5h of joint protection based on typical UK occupational therapy practice (+5,5h on RA, exercise, pain management, diet and foot care) AND joint protection programme, using educational –behavioural training	PRISM ¹² based joint protection education (PRISM-JP); 4x 45min

¹¹ Class I: completely able to perform usual activities of daily living (self-care, vocational, and avocational); II: able to perform usual self-care and vocational activities, but limited in avocational activities; III: able to perform usual self-care activities, but limited in vocational and avocational activities; IV: limited in ability to perform usual self-care, vocational, and avocational activities [35] American College of Rheumatology. Classification of Global Functional Status in Rheumatoid Arthritis. 2012 [cited 23.01.2012]; Available from: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/ra/raclass.asp>

¹² PRISM: interactive hands-on tool assessing the individuals perceived burden of illness and relevant individual resources

Author, year, reference number	Hammond A & Freeman K (2004) [29]	Niedermann K et al. (2010) [30]
Comparator	4x 2h standard arthritis education programme, incl. 2,5h of joint protection based on typical UK occupational therapy practice (+5,5h on RA, exercise, pain management, diet and foot care)	individual conventional joint protection education (C-JP); 4x 45 min
RA diagnosis	diagnosed by a rheumatology consultant	ACR criteria
RA duration (years) mean	1,2 (range: 0,5, 2) vs. 1 (range: 0,5, 2,5)	10 (SD: 8) vs. 8 (SD: 10)
Number of patients randomised	65 vs. 62	26 vs. 27
Age of patients (years) mean	52 (range: 44-59) vs. 51 (range: 45-59)	62 (SD: 13) vs. 53 (SD: 16)
Sex (male/ female)	12/53 vs. 18/44	4/22 vs. 5/22
Medication at baseline	NSAID: 74% vs. 74% DMARD: 82% vs. 87% low-dose oral steroids: 20% vs. 23%	anti-TNF, Rituximab: 33% vs. 30% DMARD: 77% vs. 82% Steroids: 50% vs. 41% NSAID: 42% vs. 33% Analgetics: 8% vs. 26%
Follow up (months)	48	3
Drop-out (patients)	20	1
Assessment of internal validity	high	low

Das Ziel des RCTs von Hammond und Freeman [29] war es, die Langzeit-outcomes von Gelenkschutz-Schulungen zu vergleichen. In der Kontrollgruppe erhielten die PatientInnen (n=65) ein standardisiertes Schulungsprogramm zum Gelenkschutz, (erbracht im Rahmen der in Großbritannien üblichen Ergotherapiebehandlung), diese wurde mit einem Gelenkschutztraining unter Berücksichtigung von Verhaltenstraining (Interventionsgruppe n=62) verglichen. Das Follow-up erstreckte sich über 4 Jahre.

In die Studie von Niedermann et al. [30] waren RA PatientInnen mit besonderen Problemen und/oder Schmerzen der Hand eingeschlossen. Die Interventionsgruppe (n=26) erhielt eine individuelle Gelenkschutzschulung, welche auf den Theorien des sozialen Lernens und Selbst-Managements beruht (PRISM-JP Konzept). Die Schulung erfolgte zu vier Zeitpunkten á 45 Minuten. Die PatientInnen der Kontrollgruppe (n=27) erhielten eine individuelle, standardisierte Gelenkschutzschulung, ebenfalls zu 4 Terminen á 45 Minuten. Die Endpunkte wurden zu Beginn der Therapie und nach 3 Monaten erhoben.

RCT: 62 vs. 65 TN

Follow-up 48 Monate

keine Verbesserung der Schmerzen

RCT: spezielles Konzept der Gelenkschutzschulung vs. Standard-Gelenkschutzschulung

26 vs. 27 TN, Follow-up 3 Monate

Studienergebnisse

Tabelle 9.4-2: Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu „Schulung zum Gelenksschutz“

	Hammond A & Freeman K (2004) [29]	Niedermann K et al. (2010) [30]
Pain VAS-hand pain (100-mm)		
at baseline	37 (range: 19, 57.5) vs. 46.5 (range: 15.8, 67.3)	-
at 48 months	38 (range: 19, 63.5) vs. 52.5 (range: 16, 72); p=0.21	-
Pain VAS-hand pain (10-cm)		
at baseline	-	3.9 (SD: 3.1) vs. 3.3 (SD: 2.9)
at 3 months	-	3.1 (SD: 3.1) vs. 3.5 (SD: 2.1); p=0.76
Pain VAS-Pain (100-mm)		
at baseline	35 (range: 18.5, 53.5) vs. 42 (range: 19.8, 56,3)	-
at 48 months	41 (range: 19, 63) vs. 44.5 (range: 20, 65.3); p=0.72	-
Functional ability AIMS2-ADL (0-10)		
at baseline	0.8 (range: 0, 2.8) vs. 1.3 (range: 0, 3.6)	-
at 48 months	1.3 (range: 0, 3.1) vs. 1.9 (range: 0.3, 4.4); p=0.04	-
Quality of Life RAI-helplessness		
at baseline	17 (range: 13, 20) vs. 16.5 (range: 11.3, 21)	-
at 48 month	16 (range: 12, 19) vs. 17 (range: 12.3, 21); p=0.25	-
Quality of Life ASE-Pain		
at baseline	50 (range: 38, 64) vs. 50 (range: 36, 69)	-
at 48 month	54 (range: 36, 76) vs. 52 (range: 40, 69); p=0.37	-
Quality of Life EUROHIS-QoL-8		
at baseline	-	2.6 (SD: 0.5) vs. 2.7 (SD: 0.7)
at 3 months	-	2.7 (SD: 0.5) vs. 2.7 (SD: 0.7); p=0.37
Quality of Life HADS-D		
at baseline	-	5.3 (SD: 3.3) vs. 4.3 (SD: 3.2)
at 3 months	-	4.8 (SD: 3.3) vs. 4.2 (SD: 3.4); p=0.53
Quality of Life HADS-A		
at baseline	-	6.9 (SD: 4.3) vs. 4.3 (SD: 2.9)
at 3 months	-	6.8 (SD: 4.6) vs. 4.9 (SD: 3.3); p=0.09

Quality of Life <i>ASE</i>		
at baseline	-	6.5 (SD: 2.1) vs. 7.1 (SD: 1.6)
at 3 months	-	7.5 (SD: 1.3) vs. 6.2 (SD: 6.1); p=0.015
Fatigue		
	NR	NR
Grip strength <i>dominant hand (kg)</i>		
at baseline	13.5 (range: 7.8, 18.7) vs. 15.7 (range: 9.5, 21.9)	-
at 48 months	13.7 (range: 7.2, 26.8) vs. 14 (range: 6.9, 24.8); p=0.83	-
Grip strength <i>Jamar dynamometer</i>		
at baseline	-	14.9 (SD: 9.4) vs. 15.5 (SD: 9.5)
at 3 months	-	15.7 (SD: 10.1) vs. 17.9 (SD: 11.4); p=0.46
Joint protection <i>JPBA</i>		
at baseline	15 (range: 5, 25) vs. 12.5 (range: 5, 22.5)	-
at 48 months	23.5 (range: 12.4, 44) vs. 13.2 (range: 6.1, 25.5); p=0.001	-
Joint protection <i>D-JPBA</i>		
at baseline	-	4.1 (SD: 5.0) vs. 4.4 (SD: 4.3)
at 3 months	-	10.0 (SD: 3.1) vs. 7.8 (SD: 3.6); p=0.008

Intervention vs. Control-Group; NR=not reported; bold= statistically significant between-group difference

Schmerz: Der Endpunkt hat sich in keiner der beiden Studien durch die Intervention signifikant verbessert.

Funktion: Die Funktionalität wurde nur in einem RCT guter Qualität [29] erhoben, es konnte nach 48 Monaten eine signifikante Verbesserung in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden.

Lebensqualität: Es werden heterogene Ergebnisse berichtet. Während ein RCT guter Qualität kein Gruppenunterschied aufgetreten ist [29], konnte in dem anderen RCT unzureichender Qualität [30] in der Interventionsgruppe nach 3 Monaten ein signifikant besseres Ergebnis auf der „Arthritis Selbst-Wirksamkeits-Skala“ gemessen werden.

Ermüdung: keine Angaben

Greifkraft: Keine der RCTs konnte einen Gruppenunterschied bezüglich der Greifkraft feststellen.

Gelenkschonendes Verhalten: Beide RCTs zeigen eine signifikante Steigerung des gelenkschonenden Verhaltens in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

ein RCT berichtet eine signifikante Verbesserung der Funktion

heterogene Ergebnisse zur Lebensqualität

keine Daten zur Ermüdung, kein Unterschied bei Greifkraft

eindeutig positive Veränderung des Verhaltens

9.5 Beratung („Counseling“)

9.5.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

„Beratung“
es liegen weder alte
noch neue Studien vor

Zu dieser Intervention wurden keine Studien identifiziert.

9.5.2 Update-Ergebnisse

Es konnten keine zusätzlichen RCTs identifiziert werden.

9.6 Beratung und Schulung zur Verwendung von Hilfsmitteln („Advice and instruction in the use of assistive devices“)

„Beratung und Schulung
zur Verwendung von
Hilfsmitteln“

2 Studien bei Cochrane
eingeschlossen – Daten
reichen jedoch nicht für
eine Auswertung der
Endpunkte

9.6.1 Ergebnisse des Cochrane-Review

Es wurde eine kontrollierte Studie niedriger Qualität sowie eine unkontrollierte Studie ausreichender Qualität in den Review eingeschlossen (insgesamt 212 PatientInnen).

Es lagen jedoch nur unzureichende Daten vor, um die Wirksamkeit von Programmen zur Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln zu bewerten.

9.6.2 Update-Ergebnisse

keine neuen Studien

Es konnten keine zusätzlichen RCTs identifiziert werden.

9.7 Schienenversorgung („Provision of splints“)

9.7.1 Ergebnisse des Cochrane-Reviews

„Schienenversorgung“
16 Studien bei Cochrane
zu unterschiedlichen
Schienen

Insgesamt 16 Studien (7 RCTs/ CCTs und 9 unkontrollierte Studien) untersuchten verschiedene Arten von Handschienen (working splint, resting splint, anti-deformity splints, air-pressure splint). Vier RCTs/CCTs verglichen zwei unterschiedliche Schienen miteinander. Drei RCTs/ CCTs verglichen das Tragen einer Schiene in der Interventionsgruppe versus keine Schiene bzw. keine Behandlung in der Kontrollgruppe.

Schmerz: Drei unkontrollierte Studien erhoben den Parameter Schmerz direkt nach dem Anpassen einer Schiene, wovon zwei der Studien einen signifikanten Rückgang der Schmerzen beim Tragen einer Arbeitsschiene berichteten. In 10 Studien wurden die Schmerzen nach einer Woche bis zu 1,5 Jahre gemessen. Nur bei zwei Studien, die eine Schiene gegen keine Behandlung verglichen, konnte eine signifikante Schmerzreduktion in der Interventionsgruppe festgestellt werden (relative difference der zwei RCTs mit hoher Studienqualität: 19% bis 36%).

bei Vergleich gegen keine Behandlung - eindeutige Schmerzreduktion

Funktion: Funktionalität bzw. Geschicklichkeit wurden in fünf Studien erhoben. Ein RCT niedriger Qualität zeigte für das Tragen einer Arbeitsschiene, nach einer Woche, eine signifikante Verschlechterung der Geschicklichkeit.

ein RCT niedriger Qualität zeigt signifikante Verschlechterung der Geschicklichkeit

Lebensqualität: keine Angaben

keine Ergebnisse zu Lebensqualität und Ermüdung

Ermüdung: keine Angaben

Greifkraft: Der Endpunkt wurde ebenfalls direkt beim Tragen der Schiene und nach einer längeren Tragezeit erhoben. Die Greifkraft zu Beginn des Tragens der Schiene wurde von sechs Studien erhoben: Zwei unkontrollierte Studien hoher Qualität zeigten eine verbesserte Greifkraft während die Schiene getragen wurde. Bei der Messung der Greifkraft nach einer längeren Periode (Zeitraum nicht näher benannt) zeigten zwei hochwertige RCTs, der insgesamt vier RCTs/ CCTs, keine signifikanten Veränderungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (relative difference: -24% bis 6%).

Verbesserung der Greifkraft direkt nach Anlegen der Schiene – kein eindeutiger Nachweis im Follow-up

9.7.2 Update-Ergebnisse

Aus der Literaturrecherche konnten 4 RCTs [31-34] identifiziert werden, in den verschiedenen Schienen bzw. Orthesen (Daumenorthese, Handgelenkschiene, Nacht-Schiene, Lagerungsschiene) gegenüber keiner Schiene/Orthese verglichen wurde. Die Ergebnisse der Studien sind in Tabelle 9.7-1 dargestellt:

4 RCTs aus Update zu verschiedenen Schienen

Studiencharakteristika

Tabelle 9.7-1: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zu „Schienversorgung“

Author, year, reference number	Silva P et al. (2008) [33]	Veehof MM et al. (2008) [34]	Silva AC et al. (2008) [32]	Adams J et al. (2008) [31]
Country	BRA	NL	BRA	UK
Sponsor	NR	supported by the Foundation ReumaOnderzoek Twente	NR	NR
Study design	RCT	RCT	RCT	RCT
Patient characteristics	patients with type I or type II boutonniere deformities	painful wrist (VAS-Score >30), stable disease modifying antirheumatic drug therapy	±3 - ±7 on VAS-Score for pain in the more affected hand	early RA <5 years

Author, year, reference number	Silva P et al. (2008) [33]	Veehof MM et al. (2008) [34]	Silva AC et al. (2008) [32]	Adams J et al. (2008) [31]
Intervention	functional orthosis on the thumb of the dominant hand orthosis to perform activities of daily living	wrist working splint wearing wrist splint during the day as much as possible	night-time hand positioning splint wearing the splint at night	static resting splint + standardized OT wearing splints during rest periods, increasing wear by 15 min/day
Comparator	no orthosis	usual care without splint	no splint	standardized OT alone
RA diagnosis	ACR criteria, having type I or II boutonniere thumb deformities (dominant hand)	ACR criteria	ACR criteria	confirmed (or suspected) diagnosis of RA from a consultant rheumatologist using ACR criteria
RA duration (years) mean (SD)	10 (6) vs. 14 (11)	8 (7) vs. 5 (5)	10 (7) vs. 9 (7)	2 (2.5) vs. 2 (1.8) (symptoms) 0.6 (0.6) vs. 1 (1) (diagnosis)
Number of patients randomised	20 vs. 20	17 vs. 16	25 vs. 25	57 vs. 62
Age of patients (years) (SD)	55 (12) vs. 57 (9)	60 (11) vs. 55 (13)	51 (11) vs. 51 (11)	60 (range: 23-82) vs. 55 (range: 29-82)
Sex (male/ female)	1/19 vs. 3/18	29%/71% vs. 31%/69%	5/20 vs. 4/21	14/42 vs. 18/42
Medication at baseline	NR	NR	NR	nr of current DMARD: 1.3 (0-3) time on DMARD: 8 vs. 11 months
Follow up (months)	3	1	3	12
Drop-out (patients)	2	0	3	3
Assessment of internal validity	low	low	moderate	high

RCT: Daumenorthese vs. keine Orthese, 20 vs. 20 TN
3 Monate Follow-up

Silva P et al. [33] inkludierten RA PatientInnen mit einer „Knopfloch-Deformität“ der Finger. Die Interventionsgruppe (n=20) erhielt eine Daumen-Orthese für die dominante Hand und nutzte diese bei der Verrichtung der täglichen Aktivitäten. Die Kontrollgruppe (n=20) hingegen bekam keine Orthese und trug diese nur zu den Erhebungszeitpunkten. Die Endpunkte wurden nach 3 Monaten erhoben.

RCT: Arbeitsschiene vs. keine Schiene, 17 vs. 16 TN
4 Wochen Follow-up

In den RCT von Veehof et al. [34] wurden RA PatientInnen mit Handgelenksschmerzen eingeschlossen. Die Intervention erfolgte durch eine Arbeitsschiene, die die TeilnehmerInnen (n=17) tagsüber trugen, sowie Unterstützung durch einen Ergotherapeuten/ eine Ergotherapeutin. Die Kontrollgruppe (n=16) erhielt ausschließlich Betreuung. Die Messung der Endpunktparameter erfolgte nach 4 Wochen.

RCT: Lagerungsschiene vs. keine Intervention, 25 vs. 25 TN
3 Monate Follow-up

Die Studie von Silva AC et al. [32] untersuchte die Wirksamkeit einer Lagerungsschiene, die während der Nacht getragen wurde. Die Interventionsgruppe (n=25) verwendete die Schiene während der Studienzeit, wohingegen die Kontrollgruppe (n=25) die Schiene ausschließlich zu den Erhebungszeitpunkten (1,5 sowie 3 Monate) während den Assessments trug.

Adams et al. [31] inkludierten PatientInnen mit einer in den letzten 5 Jahren diagnostizierten RA. Die Interventionsgruppe (n=57) erhielt eine statische Handschiene und wurde gegen die Kontrollgruppe (n=62) ohne Schiene verglichen. Alle StudienteilnehmerInnen bekamen zusätzlich Ergotherapie. Das Follow-up betrug 12 Monate.

RCT: Handschiene vs. keine Schiene, 57 vs. 62 TN, Follow-up von 12 Monaten

Studienergebnisse

Tabelle 9.7-2: Studienergebnisse der eingeschlossenen Studien zu „Schienerversorgung“

	Silva P et al. (2008) [33]	Veehof MM et al. (2008) [34]	Silva AC et al. (2008) [32]	Adams J et al. (2008) [31]
Pain VAS (0-10 cm) thumb pain				
at baseline	5.0 (SD: 1.7) vs. 5.4 (SD: 1.5); p= NR	-	-	-
at 1.5 months	3.5 (SD: 2.0) vs. 5.1 (SD: 2.5); p=NR	-	-	-
at 3 months	2.4 (SD: 2.3) vs. 4.6 (SD: 2.8); p=NR	-	-	-
	between-group comparison of the results of all three evaluation times: p=0.03			
Pain VAS (0-100-mm) wrist pain				
at baseline	-	52.9 (±16.8) vs. 42.4 (±28.5)	-	-
changes at 4 weeks	-	-16.8 (±21.5) vs. 7.4 (±16.1); p=0.002; ES: -1.24 (95% CI: -1.98, 0.49)	-	-
Pain VAS-Score (0-10 cm) hand pain				
at baseline	-	-	6.3 (SD: 1.0) vs. 5.9 (SD: 1.4)	-
at 1.5 months	-	-	4.7 (SD: 2.3) vs. 5.2 (SD: 5.2); p=0.425	-
at 3 months	-	-	3.4 (SD: 2.1) vs. 5.8 (SD: 2.1); p<0.001	-
Pain (NR)				
changes in wrist and hand pain at 12 months	-	-	-	(51 vs. 54 patients) 2.0 (95% CI: 2.0, -3.0); p=0.150
Functional ability HAQ				
at baseline	1.4 (SD: 0.7) vs. 1.6 (SD: 0.5); p=NR	-	1.5 (SD: 0.7) vs. 1.4 (SD: 0.5)	-
at 1.5 months	1.1 (SD: 0.6) vs. 1.5 (SD: 0.7); p=NR	-	1.2 (SD: 0.6) vs. 1.4 (SD: 0.4); p=0.250	-
at 3 months	1.4 (SD: 0.6) vs. 1.3 (SD: 0.8); p=NR	-	1.0 (SD: 0.5) vs. 1.5 (SD: 0.4); p<0.005	-
between-group comparison of the results of all three evaluation times	p=0.088	-	-	-

Functional ability O'Connor Dexterity Test* (seconds)			
at baseline	429.9 (SD: 132.1) vs.	-	-
with orthosis	420.5 (SD: 108.0); p=NR	-	-
without orthosis	349.7 (SD: 93.9) vs. 372.4 (SD: 129.6); p=NR	-	-
at 1.5 months	366.2 (SD: 109.5) vs.	-	-
with orthosis	400.3 (SD: 93.7); p=NR	-	-
without orthosis	317.0 (SD: 105.6) vs. 347.0 (SD: 104.3); p=NR	-	-
at 3 months	343.8 (SD: 107.7) vs.	-	-
with orthosis	373.7 (SD: 91.0); p=NR	-	-
without orthosis	293.2 (SD: 82.4) vs. 329.7 (SD: 119.1); p=NR	-	-
between-group comparison of the results of all three evaluation times	with orthosis: p=0.198; without orthosis: p=0.770	-	-
Functional ability DASH			
at baseline	-	39.0 (\pm 13.5) vs. 36.5 (\pm 17.5)	-
changes at 4 weeks	-	-5.4 (\pm 11.9) vs. -2.8 (\pm 11.2); p=0.625; ES: -0.22 (95% CI: -0.94, 0.50)	-
Functional ability DASH Q2/Q3 (only DASH modules 2 (referring to work) and 3 (general upper limb symptoms) were analysed)			
at baseline	-	-	Q2: 39.8 (SD: 27.2) vs. 52.8 (SD: 18.5)
	-	-	Q3: 39.4 (SD: 20.7) vs. 44.4 (SD: 15.6)
at 1.5 months	-	-	Q2: 32.4 (SD: 20.7) vs. 49.3 (SD: 22.1); p=0.015
	-	-	Q3: 36.8 (SD: 19.4) vs. 42.9 (SD: 13.7); p=0.206
at 3 months	-	-	Q2: 19.0 (SD: 15.8) vs. 53.8 (SD: 18.7); p=0.011
	-	-	Q3: 25.4 (SD: 17.7) vs. 46.5 (SD: 14.9); p=0.010
Functional ability SODA-S			
at baseline	-	44.0 (\pm 5.1) vs. 43.9 (\pm 4.3)	-
changes at 4 weeks	-	2.3 (\pm 4.0) vs. 0.7 (\pm 5.3); p=0.242; ES: 0.34 (95% CI: -0.35, 1.02)	-

Functional ability <i>MHQ (hand function)</i>			
difference between group at 12 months	-	-	-3.0 (95% CI: -10.5, 4.5); p=0.426
Quality of Life (NR)			
	-	-	-
Fatigue (NR)			
	-	-	-
Grip strength <i>Jamar Dynamometer*</i>			
at baseline	12.7 (SD: 7.1) vs. 15.8 (SD: 7.9); p=NR	-	-
with orthosis			
without orthosis	12.9 (SD: 7.7) vs. 13.7 (SD: 7.6); p=NR	-	-
at 1.5 months	14.0 (SD: 6.8) vs. 17.5 (SD: 9.1); p=NR	-	-
with orthosis			
without orthosis	13.0 (SD: 7.6) vs. 16.9 (SD: 8.2); p=NR	-	-
at 3 months	13.8 (7.2) vs. 18.4 (SD: 10.9); p=NR	-	-
with orthosis			
without orthosis	13.3 (SD: 7.4) vs. 16.9 (SD: 9.4); p=NR	-	-
between-group comparison of the results of all three evaluation times	with orthosis: p=0.668; without orthosis: p=0.085	-	-
Grip strength <i>Jamar Dynamometer (kgf)</i>			
at baseline	-	-	8.9 (SD: 4.2) vs. 10 (SD: 6.6)
at 1.5 months	-	-	10.7 (SD: 4.6) vs. 10.8 (SD: 5.0); p=0.982
at 3 months	-	-	12.0 (SD: 6.4) vs. 9.6 (SD: 5.4); p=0.04
Grip strength <i>Martin Vigorimeter (kPa)</i>			
at baseline	-	-	25.0 (\pm 15.5) vs. 20.7 (\pm 17.4)
changes at 4 weeks	-	-	1.3 (\pm 7.4) vs. -1.6 (\pm 5.0); p= 0.138; ES: 0.45 (95% CI: -0.25, 1.13)
Grip strength <i>MIE digital grip analyser</i>			
difference between group at 12 months	-	-	-14.2 (95% CI: -43.6, 15.4); p=0.342
change in % at 12 months	-	-	-46.6 (95%-46 CI-110.7, 17.6), p=0.152

Intervention vs. Control-Group; NR=not reported; *tests were performed with and without orthosis in both groups; **bold**= statistically significant between group difference

**Schmerzen: heterogene
Ergebnisse –
Hinweis auf
Verbesserung**

Schmerz: In zwei RCTs, einem von ausreichender [32] und einem unzureichender Qualität [34] konnte zum jeweilig letzten Erhebungszeitpunkt (4 Wochen, 3 Monate) eine signifikante Verminderung der Schmerzen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auf der VAS-Skala aufgezeigt werden. In einem RCT unzureichender Qualität [33] unterschieden sich die Werte zu den 3 Erhebungszeitpunkten (Baseline, 1,5 und 3 Monate) (insgesamt) signifikant zwischen den Gruppen). Nur ein RCT guter Qualität (statische Handschiene vs. keine Schiene) [31] konnte keine signifikante Verbesserung der Schmerzen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe feststellen, beide Gruppen erreichten gleiche Schmerz-Scores.

**Funktion wurde mit
unterschiedlichen Scores
erhoben- Ergebnisse
sind widersprüchlich**

Funktion: Die Ergebnisse zur Funktionsverbesserung variieren voneinander. In drei Studien [31, 33, 34] (ein RCT guter, zwei von unzureichender Qualität) konnten keine eindeutigen Gruppenunterschiede festgestellt werden, bei einem RCT unzureichender Qualität (Arbeitsschiene vs. Betreuung) [34] wurde generell nur eine minimale Verbesserung in beiden Gruppen festgestellt. In einem RCT ausreichender Qualität (Lagerungsschiene nachts vs. Schiene nur zum Erhebungszeitpunkt) [32] konnte hingegen eine signifikante Verbesserung der Funktionalität in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe mittels dreier unterschiedlicher Erhebungsinstrumente belegt werden.

**keine Ergebnisse zur
Lebensqualität und
Ermüdung**

Lebensqualität: keine Angaben

Ermüdung: keine Angaben

**Verbesserung der
Greifkraft**

Greifkraft: In allen RCTs konnte eine Verbesserung der Greifkraft in der Interventionsgruppe sowie ein Rückgang der Greifkraft in der Kontrollgruppe festgestellt werden, dieser Unterschied erreicht jedoch nur in einem RCT ausreichender Qualität [32] statistische Signifikanz. Diese Signifikanz bezieht sich jedoch nur auf die Betrachtung des gesamten Beobachtungszeitraums von 3 Monaten. Zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten waren diese Unterschiede nicht signifikant unterschiedlich [32].

10 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse Teil II

Für die Kategorie „**umfassende Ergotherapie**“ wurden in den Cochrane-Review 4 Studien eingeschlossen, diese belegen limitierte Evidenz für eine Verbesserung der Funktionalität durch die Ergotherapie. Durch die neue Literatursuche konnten zwei weitere RCTs, einer von guter, einer von unzureichender Qualität, gefunden werden, in denen die Ergotherapie-Intervention jeweils gegen die Standard-Rheumatherapie (ohne Ergotherapie) verglichen wurde.

Die Ergebnisse der beiden neuen Studien zur Verbesserung der Funktionalität sind widersprüchlich, es wurde einerseits eine signifikante Verbesserung der Funktionalität [28], allerdings bei einem RCT unzureichender Qualität sowie keine eindeutige Veränderung [27] (RCT hoher Qualität) berichtet. Somit kann die Aussage des Cochrane-Reviews mit keinen eindeutigen Ergebnissen gestützt bzw. widerlegt werden. In dem RCT unzureichender Qualität [28] konnte eine signifikante Reduktion der Schmerzen und eine Verbesserung der Lebensqualität in der Ergotherapie-Interventionsgruppe beobachtet werden. Die Lebensqualität konnte in dem RCT guter Qualität [27] nach 12 Monaten ebenfalls eine signifikante Verbesserung aufzeigen, dieser Effekt war nach 24 Monaten jedoch nicht mehr eindeutig. Die Schmerzen wurden zu keinem Zeitpunkt im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gesenkt. Für diese beiden Endpunkte wurde bei Cochrane zuvor keine Veränderungen durch die Intervention berichtet. Zur Ermüdung und der Greifkraft konnten keine eindeutigen Veränderungen festgestellt werden (diese Outcomes wurden mangels verfügbarer Informationen aus den zugrunde liegenden Primärstudien im Cochrane Review nicht berichtet).

Es ist auffällig, dass alle signifikant positiven Ergebnisse nur in einem RCT berichtet werden [28] dieser RCT jedoch mit 32 PatientInnen auf einem kleinen PatientInnenkollektiv beruht und die Studienqualität als unzureichend eingestuft wurde, während der andere RCT [27], dessen Qualität als gut eingestuft wurde, mit 326 PatientInnen mit einer bedeutend größeren TeilnehmerInnenzahl durchgeführt wurde. In diesem RCT konnten durch die Intervention jedoch keine eindeutigen Verbesserungen irgendeines Endpunkts (außer Lebensqualität nach 12 Monaten) festgestellt werden.

Die beiden Studien schlossen PatientInnen mit unterschiedlichem Background ein. Das PatientInnenkollektiv bei [28] bestand aus ArbeitnehmerInnen, deren Arbeitsfähigkeit durch die RA beeinträchtigt wurde und bei denen ein Risiko des Arbeitsplatzverlustes bestand. Ziel der Studie war die Arbeitsfähigkeit durch die Ergotherapie wieder herzustellen. Die Arbeitgeber von 14 der 16 Personen aus der Interventionsgruppe waren informiert, bei der Hälfte der ArbeiterInnen wurde außerdem eine Begehung des Arbeitsplatzes durchgeführt. Insgesamt war die Beteiligung an den Ergotherapie (Interventions-)Stunden jedoch gering. Der Fokus von [27] lag auf PatientInnen in einem frühen Erkrankungsstadium (RA Diagnose in den letzten 2,5 Jahren). Die Intervention wurde über den bedeutend längeren Zeitraum von 24 Monaten (mit Zwischenerhebungen nach 6 und 12 Monaten) durchgeführt. Die Beobachtungszeit bei [28] betrug nur 6 Monate. Auch wenn sich aus der Studie von [27] keine eindeutig positiven Ergebnisse, jedenfalls

neue Studien für „umfassende Ergotherapie“ verglichen gegen keine Ergotherapie

weitere widersprüchliche Ergebnisse aus 2 RCTs für...

...Funktionalität und Schmerzen

Lebensqualität war nach 12 Monaten eindeutig verbessert...

...nicht mehr nach 24 Monaten

alle eindeutig positiven Veränderungen stammen aus demselben RCT unzureichender Qualität...

...dieser hatte weniger Personen eingeschlossen und eine kürzere Beobachtungszeit

...Ziel der Studie war die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit

im anderen RCT guter Qualität waren PatientInnen mit einer frühen RA eingeschlossen...

...mit einem Follow-up von 24 Monaten

<p>...das Krankheitsmanagement verbesserte sich in der Interventionsgruppe deutlich</p>	<p>zum Ende der Erhebung, hinsichtlich der Ergotherapie-Intervention ableiten lassen, so konnte dennoch eine generelle Verbesserung der Funktion und der Selbst-Wirksamkeit in beiden Gruppen beobachtet werden. Abgesehen von den für diese Übersichtsarbeit betrachteten Ergebnissen zeigte der RCT außerdem, dass die Interventionsgruppe in dem Endpunkt „Self-Management“ eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe erzielen konnte. Die TeilnehmerInnen, die Ergotherapie bekamen, machten signifikant häufiger Handübungen, berücksichtigten die Gelenkschonung und Ruhepausen. Die Personen aus der Interventionsgruppe hatten außerdem nach 2 Jahren vermehrt (Hand-) Schienen und nutzen Hilfsmittel.</p>
<p>es besteht weiterhin limitierte Evidenz für Verbesserung der Funktionalität, Schmerzen und QoL</p>	<p>Zusammenfassend lässt sich sagen, dass weiterhin limitierte Evidenz für die Verbesserung der Funktionalität sowie eine Verbesserung der Lebensqualität vorliegt.</p>
<p>Update bestätigt gute Evidenz für Verbesserung der Funktion durch Gelenkschutz...</p>	<p>Der Cochrane-Review konnte 9 Studien in die Evidenzanalyse der Intervention „Schulung zum Gelenkschutz“ einbeziehen. Es liegt Evidenz guter Qualität für die Verbesserung der Funktionalität durch die Ergotherapie-Intervention vor. Dieses Ergebnis kann durch das Update bestätigt werden, allerdings wurde das Outcome nur in einer der beiden Studien, einem RCT von guter Qualität, erhoben. Dieser fand eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe. Das Ergebnis beruht auf einer Langzeit-Erhebung mit einem Beobachtungszeitraum von 4 Jahren. Im Zeitverlauf zeigten die Ergebnisse von [29] jedoch, dass im Vergleich der Messzeitpunkte 12 Monate und 48 Monate, die Funktionsverbesserung rückläufig (aber immer noch signifikant) ist.</p>
<p>...Daten aus einer Langzeiterhebung</p>	
<p>viele Messskalen zur Erhebung der Lebensqualität – unterschiedliche Ergebnisse werden berichtet</p>	<p>Die Lebensqualität wurde über unterschiedliche Messinstrumente erfasst. Ein RCT guter Qualität [29] erfragte die Hilfsbedürftigkeit, dieser Zustand konnte sich in der Interventionsgruppe nicht eindeutig gegenüber dem der Kontrollgruppe verbessern. Dagegen erfasste der RCT unzureichender Qualität [30] die gesundheitsbezogene Lebensqualität über 4 unterschiedliche Methoden bzw. Fragetools, von denen sich die Ergebnisse der Selbst-Wirksamkeit und Angst signifikant verbesserten, die Ergebnisse bezüglich Depressionen und umfassender Lebensqualität hingegen nicht. Das Symptom der Ermüdung wurde in keiner Studie erhoben (wie auch bei den Primärstudien des Cochrane-Reviews).</p>
<p>bestätigt: keine Reduktion der Schmerzen durch Intervention</p>	<p>Des Weiteren konnte die Aussage des Cochrane-Reviews bestätigt werden, dass die Schmerzen durch die Intervention nicht eindeutig verbessert werden. Die beiden neuen RCTs erhoben als weiteren Endpunkt, inwiefern die PatientInnen auch das, was sie in den Programmen zur Gelenkschonung lernten, umsetzten. Beide RCTs konnte eine eindeutig positive „Annahme“ des Gelernten aufzeigen, die TeilnehmerInnen achteten in einem signifikant höheren Ausmaß auf gelenkschonendes Verhalten. Dennoch bestätigten beide AutorInnen, dass eine generelle Verbesserung (Schmerzen, gelenkschonendes Verhalten) in beiden Gruppen beobachtet wurde, was darauf zurückzuführen sei, dass die Kontrollgruppe ebenfalls ein individuelles „joint-protection“-Programm bzw. Ergotherapie erhielt (allerdings ohne das zusätzliche Schulungsprogramm der Interventionsgruppe).</p>
<p>Verbesserungen wurden in beiden Gruppen erhoben...</p>	
<p>...auch Kontrollgruppe bekam Ergotherapie (ohne zusätzliches Programm)</p>	
<p>keine eindeutige Verschlechterung der Greifkraft feststellbar</p>	<p>Im Cochrane-Review werden die Ergebnisse zur Greifkraft kontrovers diskutiert, bzw. stellen sich die AutorInnen einer der dort wiedergegebenen Primärstudie die Frage, worauf ein beobachteter Rückgang der Greifkraft in der Interventionsgruppe zurück zu führen sei. Aus der neuen Literatur geht</p>

hervor, dass keine signifikante Veränderung der Greifkraft, weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung, beobachtet werden konnte. Die beiden Studien kommen bezüglich der erhobenen Endpunkte zu ähnlichen Aussagen, das obwohl die Studiencharakteristika in der Länge der Beobachtung 3 vs. 48 Monate, sowie der eingeschlossenen TeilnehmerInnenzahl (127 vs. 53) eindeutig variieren.

Die Verordnung bzw. **Erstellung und Anpassung von Schienen** nimmt einen bedeutenden Teil in der ergotherapeutischen Versorgung ein, dies spiegelt sich in der auffällig größeren Anzahl an identifizierten Studien zu diesem Thema wider. Drei der vier Studien machen keine Angaben zur Förderung bzw. Sponsoren der Studie, es ist nicht ersichtlich, ob möglicherweise Firmen, die Schienen(material) herstellen, in die Studienförderung involviert waren. Es wurden keine Angaben zu einem „Conflict of Interest“ gegeben.

Der Cochrane-Review konnte auf Basis der 16 eingeschlossenen Studien nur limitierte Evidenz bezüglich einer Verbesserung der Schmerzen und der Greifkraft in der Interventionsgruppe zeigen. Die Schmerzen wurden sowohl direkt nach dem ersten Anlegen der Schiene gemessen, sowie nach einem längeren Follow-up. Dabei wurden verschiedene Arten von Schienen beobachtet, die Ergebnisse beziehen sich jedoch allgemein auf „Splints“ und können keine Aussage zu einer bestimmten Art der Schiene (z.B. Arbeitsschiene oder Ruhe-Schiene) machen. Die eingeschlossenen Studien deuteten ebenfalls drauf hin, dass die Geschicklichkeit durch das Tragen einer Schiene eingeschränkt wird.

Für das Update wurden weitere vier RCTs inkludiert, in 3 Studien (davon 2 RCTs unzureichender, ein RCT ausreichender Qualität) [32] [33] [34] konnte eine signifikante Verbesserung der Schmerzen (teilweise im Gegensatz zur eindeutigen Verschlimmerung der Schmerzen in der Kontrollgruppe [34]) gemessen werden. Der Beobachtungszeitraum dieser 3 Studien lag zwischen einem und drei Monaten, wohingegen in der Studie, in der keine Verbesserung der Schmerzen aufgezeigt werden konnte (RCT guter Qualität), die Erhebung erst nach 12 Monaten erfolgte [31]. Außerdem unterscheidet sich diese Studie hinsichtlich der Erkrankungsdauer der eingeschlossenen PatientInnen. Während in den Studien, in denen eine Schmerzreduktion festgestellt werden konnte, die PatientInnen bereits zwischen 8-14 Jahren (Interventionsgruppe) bzw. 5-10 Jahren (Kontrollgruppe) erkrankt waren, wurden bei [31] PatientInnen mit einer im Vergleich kurzen Erkrankungsdauer von einem Jahr (seit Diagnose, Symptome seit 2 Jahren) eingeschlossen. Unter Berücksichtigung ausschließlich der Studien mit einem geringen Beobachtungszeitraum und länger bestehender Krankheit kann demnach ausreichend Evidenz für eine Verringerung der Schmerzen festgestellt werden.

Die Funktionalität wurde in allen 4 RCTs, jedoch mit verschiedenen Messmethoden erhoben. In allen Studien konnte eine Verbesserung der Funktion in der Interventionsgruppe festgestellt werden, diese erreicht jedoch nur in einem RCT (von guter Qualität) [32] gegenüber der Kontrollgruppe statistische Signifikanz. In dieser Studie erhielt die Kontrollgruppe keine Therapie bei den Kontrollgruppen-PatientInnen wurden (daher) auch keine Verbesserungen in der Funktionalität (sowie in der Schmerzlinderung) festgestellt (was den Unterschied zwischen den Gruppen erhöhte). Im Gegensatz dazu bekamen in den Studien [34] und [31] die Kontrollgruppen ebenfalls Ergotherapie bzw. eine Standard-Therapie (ohne Schiene). Die Funktionalität verbesserte sich auch in der Kontrollgruppe und zeigt damit, dass die Kon-

deutlich mehr Studien zu „Schienen“

Cochrane zeigt limitierte Evidenz für Verbesserung der Schmerzen und Greifkraft

keine Aussage zu Art der Schiene möglich

Eine Studie zeigte keine Schmerzreduktion – weicht damit von den andere drei Studien ab...

...diese hatte ein längeres Follow-up

...die PatientInnen waren kürzer krank

alle Studien zeigen Verbesserung der Funktionalität

wenn Kontrollgruppen auch Ergotherapie bekamen, konnten keine eindeutig erhöhte Verbesserung gegenüber der Interventionsgruppe beobachtet werden

	trollintervention ebenfalls einen Erfolg in der Funktionsverbesserung erzielen konnte.
keine Einschränkung der Geschicklichkeit im Update-RCT	Im Cochrane-Review wurde eine mögliche Einschränkung der Geschicklichkeit durch das Tragen einer Schiene erörtert, bei [33] wurde diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt. Die Outcomes Lebensqualität und Ermüdung wurden in den neuen Studien nicht erhoben, somit steht die Evidenz weiterhin aus.
keine Evidenz für QoL	
für Motorik-Training kein Gruppenunterschied und kein Update-RCT	Für die Kategorie „ Motorik-Training “ konnte durch den Cochrane-Review kein Gruppenunterschied festgestellt werden. Im Rahmen der Update-Suche konnten keine RCTs und damit keine neue zusätzliche Evidenz gefunden werden.
keine Informationen (Cochrane und Update-RCTs) für weitere Kategorien	Für die Kategorie „ Advice and instruction in the use of assistive devices “ standen dem Cochrane-Review nicht ausreichend Daten zur Verfügung, um die Wirksamkeit zu bewerten. Durch das Update konnten keine zusätzlichen RCTs identifiziert werden.
	Für die Kategorien „ Training von Fähigkeiten “ und „ Beratung “ konnte weder bei Cochrane, noch durch das Update relevante Studien identifiziert werden.

11 Limitationen Teil II

Die in dieses Update eingeschlossenen RCTs weisen zum Teil eine hohe Heterogenität in Bezug auf die PatientInnen (u.a. Schweregrad der Erkrankung, zusätzliche Medikation), die ergotherapeutischen Interventionen (Dauer und Intensität der Therapie, Setting) sowie die Outcome-Parameter (unterschiedliche Erhebungszeitpunkte, Frequenz der Erhebung und Darstellung der Ergebnisse) auf.

In den Studien werden selten Informationen über das Teilnahmeverhalten der PatientInnen berichtet. Dabei ist die Partizipation und Therapietreue der PatientInnen ein wesentlicher Bestandteil einer ergotherapeutischen Intervention. Es wird diskutiert, ob PatientInnen, die sich in einem frühen Stadium der Erkrankung befinden, noch keine derartigen Einschränkungen durch die Krankheit erleben, dass sie die Notwendigkeit einer Therapie erkennen und daher Akzeptanz fehlt, sich darauf einzulassen. Diese Einstellung könnte besonders in den Studien, in denen PatientInnen mit früher RA eingeschlossen wurden, die Ergebnisse beeinflusst haben.

In vielen RCTs erhielt die Interventionsgruppe eine zusätzliche Intervention (z.B. ein besonderes Joint Protection Programm oder eine Schiene zusätzlich zur Ergotherapie). In diesen RCTs wurde die Intervention damit nicht gegen „keine Intervention“ verglichen, sondern die Kontrollgruppe erhielt ebenfalls eine (ergotherapeutische) Intervention bzw. eine Standard-Therapie. Dabei konnte in beiden Gruppen bisweilen eine Verbesserung der Endpunkte festgestellt werden, die jedoch keinen signifikanten Gruppenunterschied erreichte.

Es wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Messmethoden eingesetzt, die einen direkten Vergleich der Ergebnisse verhindern. Die meisten Erhebungsmethoden beruhen auf subjektiven Bewertungen der PatientInnen oder Surrogat-Parametern, was bei Endpunkten wie Schmerz und Lebensqualität jedoch nicht anders möglich ist. Die Endpunkte Schmerz und Funktion wurden in (nahezu) allen eingeschlossenen Studien berichtet. Sie werden als bedeutenden Parameter zur Abbildung der Wirksamkeit der Ergotherapie verstanden. Lebensqualität hingegen wird in nur wenigen Studien erhoben. Während Schmerzen, die in einem engen Bezug zur Lebensqualität stehen, für dieses Outcome herangezogen werden können, werden Daten zu den Endpunkten Ermüdung (Fatigue) und Depressionen eher selten erhoben. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist für die Ergotherapie, die auf einem klientInnenzentrierten Behandlungsansatz beruht, ein bedeutender Endpunkt und sollte in zukünftigen Studien mehr Berücksichtigung finden.

Die Beobachtungszeiträume der im Update eingeschlossenen Studien variierten und waren teils sehr kurz. Nur drei Studien hatten ein Follow-up von einem oder mehr Jahren, meist wurden die PatientInnen nur 3 Monate nachbeobachtet. In diesem kurzen Zeitraum können nur sofortige Veränderungen gemessen werden. Ergotherapie nimmt jedoch ebenso eine (sekundär) präventive Rolle ein, z.B. soll die Funktionalität über einen möglichst langen Zeitraum erhalten werden oder die Lebensqualität nicht schlechter werden. Diese Outcomes können jedoch erst nach einer bedeutend längeren Beobachtungszeit gemessen werden. Ebenso können positive Veränderungen bei PatientInnen, die bisher einen milden Krankheitsverlauf hatten, erst nach einer längeren Nachbeobachtungszeit erkannt werden.

Heterogenität der RCTs hinsichtlich...

...PatientInnengut

...Interventionen

...Messmethoden

zeigen PatientInnen in einem frühen Erkrankungsstadium weniger Akzeptanz für eine Therapie?

Kontrollgruppen bekamen oft auch Ergotherapie – die Endpunkte verbesserten sich auch hier

hohe Varianz bei eingesetzten Messmethoden (Surrogatparameter)

Lebensqualität, Ermüdung, Depressionen wurden selten erhoben

sollten in weiteren Studien berücksichtigt werden

Follow-up Zeiträume sehr kurz...

... Erfolge in der (sekundär) Prävention können nicht abgebildet werden

<p>erneut keine Literatur für bei Cochrane ausstehende Kategorien</p> <p>keine Evidenz bedeutet NICHT, dass keine Wirkung vorliegt</p>	<p>Im Zuge dieses Updates konnten nur neue Studien für Kategorien identifiziert werden, für die durch den Cochrane-Review bereits Studienergebnisse gefunden wurden. Für die anderen Kategorien, in denen bisher noch keine Ergebnisse vorlagen, konnten erneut keine Studien gefunden werden. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf. Dass keine Evidenz vorliegt darf jedoch nicht im Sinne von fehlendem Nutzen verstanden werden. Es können zu vielen Endpunkten aufgrund fehlender Studienergebnisse keine Aussagen gemacht werden.</p>
<p>Angaben zur klinischen Relevanz eher selten</p>	<p>Nur in wenigen Studien wurde die klinische Relevanz der Ergebnisse erörtert. Oft fehlen Angaben, inwiefern eine statistische Signifikanz auch mit einer klinischen Relevanz einhergeht.</p>
<p>zukünftige Evaluation von komplexen Interventionen ratsam, da diese eher die Realität widerspiegeln</p>	<p>Ziel dieser Arbeit war es, ausschließlich ergotherapeutische Interventionen bei rheumatoider Arthritis zu beleuchten. Da unterschiedliche Berufsgruppen in der Praxis gemeinsam in einem multidisziplinärem Team arbeiten, ist es vor grundlegenden politischen Entscheidungen zur Verbesserung der Versorgungslage dringend geboten, so genannte komplexe Interventionen, in denen verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten (ErgotherapeutInnen mit PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, PodologInnen, etc.) zu evaluieren. Durch die systematische Literaturrecherche wurden Studien identifiziert [36-45], die solche komplexen Behandlungsmodelle evaluierten. Sie wurden aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien jedoch nicht näher beleuchtet.</p>
<p>keine Analysen zur Kosten-Effektivität</p>	<p>In diese Analyse wurden keine Studien eingeschlossen, die sich mit der Kosten-Effektivität der Ergotherapie beschäftigten. Dieser Aspekt bleibt weiterhin zu untersuchen.</p>
<p>in diese Übersichtsarbeit wurden im Gegensatz zum Cochrane Review nur RCTs eingeschlossen...</p> <p>– damit kein vollständiges Update</p> <p>Bedarf an zukünftiger Forschung hoher Qualität</p>	<p>Diese Evidenzanalyse versteht sich als Update des Cochrane-Reviews aus dem Jahr 2002. Die Fragestellung sowie Outcome-Parameter wurden übernommen. Allerdings beschränkt sich das Update ausschließlich auf Studien mit einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign (RCT) und berücksichtigt nicht, wie bei Cochrane, andere Studiendesigns wie unkontrollierte Studien. Somit kann nicht von einem „vollständigen“ Update des Cochrane-Reviews gesprochen werden. RCTs werden für die Evidenz bester Qualität herangezogen [25], es lässt sich jedoch diskutieren, inwieweit auch die Ergebnisse aus nicht kontrollierten Studien mit guter Studienqualität eine Grundlage für die Bewertung darstellen könnten. Die Methode der „best evidence“-Synthese, wie sie bei Cochrane durchgeführt wurde, wird als durchaus anwendbare Methode für die Zusammenführung von Evidenz gesehen. Dennoch besteht ein hoher Bedarf an weitere Forschung und Studien hoher Qualität (RCTs), um die Wirksamkeit der Ergotherapie zu bewerten.</p>
<p>eingeschränkte Übertragbarkeit auf Österreich aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen</p>	<p>Sechs der neun ausgewerteten Studien wurden in Europa durchgeführt. Aufgrund unterschiedlicher Settings, in denen Ergotherapie durchgeführt wird, unterschiedlicher Rahmenbedingungen, unter welchen die TherapeutInnen arbeiten sowie unterschiedlicher Inhalte der Interventionen lassen sich die Ergebnisse nur eingeschränkt auf den österreichischen Versorgungskontext übertragen.</p>

12 Fazit Teil II

Ziel dieses Projektteils war es, die Evidenz zur Wirksamkeit der Ergotherapie bezüglich der Endpunkte Schmerzen, Funktionalität, Lebensqualität, Ermüdung und Greifkraft bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis (RA) zusammenzufassen. Durch die systematische Literaturrecherche wurde ein Cochrane-Review zur selbigen Fragestellung aus dem Jahr 2004 identifiziert und die geplante Übersichtsarbeit als Update des Cochrane-Reviews durchgeführt. Es wurden 8 RCTs unterschiedlicher Qualität (gut, ausreichend, unzureichend) in die Analyse eingeschlossen, die neue Ergebnisse zu drei Interventionen („umfassende Ergotherapie“, „Schulung zum Gelenkschutz“ und „Schienenversorgung“) liefern.

Durch das Update konnten folgende Cochrane-Ergebnisse bestätigt werden, es besteht:

- ❖ gute Evidenz, dass Instruktionen zum Gelenkschutz („joint protection“) die **Funktionalität verbessern**
- ❖ limitierte Evidenz, dass umfassende Ergotherapie („comprehensive occupational therapy“) die **Funktionalität verbessert**
- ❖ limitierte Evidenz, dass sich die **Greifkraft** durch das Tragen von Schienen („splints“) **verbessert**
- ❖ limitierte Evidenz, dass das Tragen von Schienen („splints“) **Schmerzen verbessert**
- ❖ gute Evidenz, dass **Schmerzen** durch Instruktionen zum Gelenkschutz („joint protection“) und umfassende Ergotherapie („comprehensive occupational therapy“) **nicht verbessert** werden
- ❖ limitierte Evidenz, dass das Tragen von Schienen („splints“) die **Funktionalität nicht verbessert**

Durch das Update können weitere Aussagen gemacht werden, es besteht

- ❖ moderate bis gute Evidenz, dass umfassende Ergotherapie („comprehensive occupational therapy“) die **Lebensqualität verbessert** (nach 6-12 Monaten)
- ❖ gute Evidenz, dass sich das **gelenkschonende Verhalten** durch Instruktionen zum Gelenkschutz („joint protection“) **verbessert**
- ❖ moderate bis gute Evidenz, dass umfassende Ergotherapie („comprehensive occupational therapy“) **Ermüdung und Greifkraft nicht verbessern**
- ❖ gute Evidenz, dass sich die **Greifkraft** durch Instruktionen zum Gelenkschutz („joint protection“) **nicht verbessert**
- ❖ limitierte Evidenz, dass sich die **Lebensqualität** durch Instruktionen zum Gelenkschutz („joint protection“) **nicht verbessert**

Im Cochrane-Review wurde eine Einschränkung der Beweglichkeit durch Handschienen diskutiert, durch das Update konnten keine Ergebnisse gefunden werden, die diese Aussage bestätigen.

**Ziel des Projektes:
Evidenz zur
Ergotherapie bei RA**

**Grundlage bildet ein
Cochrane-Review aus
2004**

**8 neue RCTs
eingeschlossen**

**Verbesserung der
Funktionalität,
Schmerzen und
Greifkraft durch
einzelne
Interventionen...**

**keine Verbesserung der
Schmerzen durch
Gelenkschutz**

**neu: „umfassende
Ergotherapie“
verbessert QoL**

**für weitere Endpunkte
konnte keine Evidenz
zur Wirksamkeit
gefunden werden oder
es fehlt jegliche Evidenz**

Für viele Endpunkte sowie die Interventionen „Training von Fähigkeiten“ und „Beratung“ fehlt jegliche Evidenz und es können keine Aussagen getroffen werden.

**Forschungsbedarf
besteht**

Es besteht Forschungsbedarf sowohl in den Bereichen, in denen bisher keine Ergebnisse vorliegen, als auch bezüglich der Kosten-Effektivität und dem Einsatz der Ergotherapie in interdisziplinären Versorgungsansätzen.

**keine Aussagen zu
Algorithmen der
Versorgung**

Dieser Bericht kann keine Aussage dazu machen, ob oder in welchem Fall die Ergotherapie anstelle einer anderen (interdisziplinären) Versorgung indiziert ist. Ebenfalls kann kein Algorithmus aufgezeigt werden, wann die Ergotherapie in den Behandlungsprozess integriert werden kann/soll (vgl. Behandlungspfade).

13 Literatur

- [1] Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P, (Hrsg.). Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme Verlag 2011.
- [2] Gespräch mit Ergotherapeutin. Juni 2011.
- [3] Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter 2007.
- [4] Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein 2011.
- [5] Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berufsprofil der/des diplomierten Ergotherapeutin/Ergotherapeut. Wien; 2003.
- [6] Bode H, Schröder H, Waltersbacher A. Heilmittel-Report 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme. Stuttgart: Schattauer 2008.
- [7] Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). 2012 [cited 04.07.2012]; Available from: <http://www.dve.info/>
- [8] MTD Austria. MTD Report 2011. Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) Österreichs. 2012 [cited 20.06.2012]; Available from: http://www.rtaustria.at/rich_files/attachments/downloads/mtd-report_2011_0.pdf
- [9] Ergo Austria. Was ist Ergotherapie. [cited 21.02.2012]; Available from: <http://www.ergoaustria.at/oeffentlicher-bereich/ergotherapie/>
- [10] DACHS. "DACHS" Definition der Ergotherapie. [cited 02.05.2012]; Available from: <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>
- [11] World Federation of Occupational Therapists. Definitions of Occupational Therapy 2012 [cited 04.07.2012]; Available from: http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/Statement_on_Occupational_Therapy.pdf
- [12] Ergo Austria. Einsatzgebiete der ErgotherapeutInnen. [cited 20.03.2012]; Available from: <http://www.ergoaustria.at/oeffentlicher-bereich/ergotherapie/einsatzbereiche--massnahmen/>
- [13] Stamm T, Alarcos C, Machold K, Smolen J, Stucki G. Content Comparison of Occupation-Based Instruments in Adult Rheumatology and Musculoskeletal Rehabilitation Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. Arthritis Rheum. 2004;51(6):917-24.
- [14] Ergo Austria. Zur Geschichte der Ergotherapie. 2011 [cited 13.06.2011]; Available from: <http://www.ergoaustria.at/oeffentlicher-bereich/ergotherapie/geschichte/>
- [15] MTD Austria-Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs. Grafik: Angestellte, Freiberufliche, Karierte ErgotherapeutInnen. Wien 2012.
- [16] European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). 2011 [cited 12.07.2011]; Available from: <http://www.enothe.eu/index.php>
- [17] Wendel E., Schulc E, Them C. Die Handlungsqualifikationen der Ergotherapie im Rahmen der Gesundheitsförderung in Österreich. Ergoscience. 2010;5:16-24.
- [18] fh Gesundheit - Tirol. Studium Ergotherapie. 2011 [cited 20.06.2011]; Available from: <http://www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=studiengaenge/ergotherapie>

- [19] BGBl.II Nr.2/2006 Bundesgesetz Österreich. FH-MTD-Ausbildungsverordnung. 2006.
- [20] Bundesgesetzblatt. FH-MTD-Ausbildungsverordnung. 2006.
- [21] Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh). Was ist eine Rheumatoide Arthritis? [cited 2012 10.02.2012]; Available from: <http://dgrh.de/rheumatoidearthritits.html>
- [22] Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation. Wie häufig ist Reuma in Österreich? [cited 07.05.2012]; Available from: <http://www.rheumatologie.at/patienteninformation/rheuma/index.php>
- [23] Smolen JS, Steiner G. Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. *Nature*. 2003;2:473-88.
- [24] Steultjens EMJ, Dekker Joost J, Bouter Lex M, Schaardenburg DirkJan D, Kuyk Marie-Antoinette MAH, Van den Ende Els CHM. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(1).
- [25] Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein 2011.
- [26] Gartlehner G. Internes Manual. Abläufe und Methoden. Teil 2 (2.Aufl.) Wien: LBI-HTA; 2009.
- [27] Hammond A, Young A, Kidao R. A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2004 Jan;63(1):23-30.
- [28] Macedo AM, Oakley SP, Panayi GS, Kirkham BW. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis & Rheumatism*. 2009 Nov 15;61(11):1522-30.
- [29] Hammond A, Freeman K. The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*. 2004 Aug;18(5):520-8.
- [30] Niedermann K, de Bie RA, Kubli R, Ciurea A, Steurer-Stey C, Villiger PM, et al. Effectiveness of individual resource-oriented joint protection education in people with rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling*. 2011 Jan;82(1):42-8.
- [31] Adams J, Burrige J, Mullee M, Hammond A, Cooper C. The clinical effectiveness of static resting splints in early rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2008 Oct;47(10):1548-53.
- [32] Silva A, Jones A, Silva PG, Natour J. Effectiveness of a night-time hand positioning splint in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(9):749-54.
- [33] Silva P., Lombardi I, C. Breitschwerdt APP, Natour J. Functional thumb orthosis for type I and II boutonniere deformity on the dominant hand in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*. 2008;22(8):684-9.
- [34] Veehof MM, Taal E, Heijnsdijk-Rouwenhorst LM, Laar MAvd. Efficacy of wrist working splints in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *Arthritis +ACY- Rheumatism*. 2008;59(12):1698-704.
- [35] American College of Rheumatology. Classification of Global Functional Status in Rheumatoid Arthritis. 2012 [cited 23.01.2012]; Available from: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/ra/raclass.asp>

- [36] Mathieux R, Marotte H, Battistini L, Sarrazin A, Berthier M, Miossec P. Early occupational therapy programme increases hand grip strength at 3 months: results from a randomised, blind, controlled study in early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2009 Mar;68(3):400-3.
- [37] Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: A pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2008;47(11):1712-8.
- [38] Brodin N, E. Eurenus, I. Jensen RN, Opava CH. Coaching patients with early rheumatoid arthritis to healthy physical activity: A multicenter, randomized, controlled study. *Arthritis +ACY- Rheumatism*. 2008;59(3):325-31.
- [39] Giraudet-Le Quintrec J AM-B, P. Ravaud KC, E. Dernis DZ, A. Ouslimani JC, M. Revel AK, Dougados M. Effect of a collective educational program for patients with rheumatoid arthritis: A prospective 12-month randomized controlled trial. *Journal of Rheumatology*. 2007;34(8):1684-91.
- [40] Hewlett S, Ambler N, C. Almeida AC, A. Hammond KK, B. Knops DP, M. Spears AS, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2011;70(6):1060-7.
- [41] Masiero S, A. Boniolo, L. Wassermann HM, Volante D, Punzi L. Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Clinical Rheumatology*. 2007;26(12):2043-50.
- [42] Nour K, Laforest S, Gauvin L, Gignac M. Behavior change following a self-management intervention for housebound older adults with arthritis: An experimental study. *The International Journal of Behavioral Nutrition +ACY- Physical Activity*. 2006;3(12).
- [43] O'Brien A, Jones P, R. Mullis DM, Dziedzic K. Conservative hand therapy treatments in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2006;45(5):577-83.
- [44] Pradhan EK, M. Baumgarten, P. Langenberg BH, A. K. Gilpin TM, Hochberg MC, Berman BM. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis +ACY- Rheumatism*. 2007;57(7):1134-42.
- [45] Sharpe L, Sensky T, N. Timberlake BR, Allard S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2003;42(3):435-41.
- [46] Visual Analogue Scale. 2012 [cited 20.06.2012]; Available from: http://www.rtaustria.at/rich_files/attachments/downloads/mtd-report_2011_0.pdf
- [47] Arthritis Impact Measurement Scale. 2012 [cited 20.06.2012]; Available from: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/AIMS.asp>
- [48] Bengel et al. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation: Hogrefe 2008.
- [49] Michigan Hand Outcomes Questionnaire. 2012 [cited 20.06.2012]; Available from: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/AIMS.asp>

- [50] Redmann B. Measurement tools in patient education: Springer 2003.
- [51] Rheumatology attitudes Index. 2012 [cited 20.06.2012]; Available from: <https://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/Assessments/Psychological/AS-ES.html>
- [52] Jebsen R, Taylor N, Triescham R, Trotter M, Howard L. An objective and standardized test of hand function. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1969;50:311-9.

14 Anhang

Messinstrumente

Die inkludierten Studien verwendeten eine Vielzahl von verschiedenen Messinstrumenten, um die gewünschten Endpunkte messen und quantifizieren zu können. Folgende Auflistung soll eine kurze Übersicht bieten:

Visual Analogue Scale (VAS)

Die visuelle Analogskala wird zur subjektiven Einschätzung des empfundenen Schmerzes eingesetzt. Die/der Befragte markiert seine subjektive Empfindung als Punkt auf einer Linie mit den beiden Endpunkten „keine Schmerz“ und „stärkste vorstellbare Schmerzen“. Der Wert wird quantifiziert, entweder von 0-10 (cm) oder 0-100 (mm)[46].

Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS 2) / AIMS 2-ADL

AIMS besteht aus 9 Skalen: Mobilität, physische Aktivität, Geschicklichkeit, Haushaltsaktivitäten (der Umgang mit Geld, Medikamenten, Putzen) soziale Aktivitäten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerzen, Depression und Angst. AIMS 2 ist die Abkürzung für die erweiterte Version. Der Fragebogen wurde für PatientInnen mit rheumatoider Arthritis und Osteoarthritis entwickelt, kann aber auch bei ähnlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Der Fragebogen wird von den PatientInnen selbst ausgefüllt. Es wird ein Gesamtwert zwischen 0 (guter Gesundheitszustand) und 60 (schlechter Gesundheitszustand) errechnet [47].

In dem RCT von Marcedo et al. (2009) [32] wurden die Subskalen Stimmungslage, Angespanntheit und Schmerzen herangezogen und ein Rohwert zwischen 5-25 aufsummiert. Folgend wurde ein Score zwischen 2,5 bis 12,5 berechnet, je höher der Score, desto schlechter der Gesundheitszustand.

In dem RCT von Hammond et al. 2004 [27] wurde die AIMS 2 ausschließlich für das Assessment der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Funktion der unteren und oberen Extremitäten eingesetzt (AIMS 2 –ADL). Sie berechneten einen Score zwischen 0 und 10, wobei 0 gute Funktion bedeutet.

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Der HAQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument in Fragebogenform, das den funktionalen Status bzw. die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit erfasst. Er wird vor allem bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis und Osteoarthritis angewandt. Am häufigsten wird eine Kurz- bzw. Teilversion verwendet: HAQ-DI („HAQ-Disability Index“). Funktionen des täglichen Lebens, eingeteilt in 8 Kategorien (z.B. Essen, Gehen, Körperpflege...), werden evaluiert. Für jede Kategorie wird ein Score von 0 („keine Schwierigkeiten“) bis 3 („nicht fähig, die Tätigkeit auszuführen“) bestimmt. Aus dem Mittelwert dieser Scores wird ein Gesamtscore („disability index“) ermittelt. Dieser liegt zwischen 0.0 und 3.0 [48].

0-1: leichte bis mäßige Beeinträchtigung

1-2: mäßige bis schwere Beeinträchtigung

2-3: schwere bis sehr schwere Beeinträchtigung

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Das COPM ist ein individualisiertes Messinstrument der Ergotherapie, um Veränderungen der Selbstwahrnehmung des/der PatientIn in Bezug auf seine/ihre „occupational performance“ festzustellen. Es handelt sich um ein semistrukturiertes Interview, in dem der Patient/ die Patientin bis zu 5 für ihn/sie wichtige Aktivitäten nennen soll, um in einem weiteren Schritt die momentane Performance der jeweiligen Tätigkeit und das diesbezügliche Zufriedenheitslevel auf einer Skala von 1 bis 10 (10= optimale Performance bzw. Zufriedenheit) zu bewerten. Diese Scores werden anschließend addiert und durch die Zahl der identifizierten Aktivitäten dividiert, um für die beiden Parameter („performance“ und „satisfaction“) Durchschnittswerte zu erhalten [28].

In der vorliegenden Studie von Macedo et al. (2009) [28] haben die PatientInnen zu Beginn der Studien und beim Follow-up nach 6 Monaten ihr Level von „satisfaction“ und „performance“ auf einer Skala von 1 bis 10 angegeben. Eine Verbesserung von 2.0 Punkten wurde als klinisch relevant betrachtet.

Disabilities of the Arm, Shoulder, Hand Questionnaire (DASH)

Der DASH ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung von Symptomen und Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten (muskulo-skelettale Erkrankungen). Er besteht aus 30 Items, die die körperliche Funktionsfähigkeit, die Symptome und die soziale Partizipation erfassen. Die Antwortskalen sind fünfstufig Likert-skaliert. Die Antworten werden mit den Zahlen 1-5 kodiert und zu einem Rohwert aufsummiert. Die Rohwerte werden anschließend auf eine Skala von 0 (keine Einschränkung) bis 100 (hohe Einschränkung) konvertiert [48].

In dem RCT von Silva AC et al. (2008) [36] wurden die drei Module (Q1: Sport, Q2: Musik/ Arbeit, Q3: Einschränkungen und Symptome) in Form eines Interviews abgefragt.

Sequential Occupational Dexterity Assessment (SODA)

SODA misst die Geschicklichkeit beider Hände bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis. Das Assessment besteht aus 6 standardisierten alltäglichen Aktivitäten, wovon 3 einseitig und 3 beidseitig durchgeführt werden. Die Performance des/der PatientIn wird für jede Aufgabe bewertet (4= fähig wie gefordert auszuführen, 1= fähig anders als gefordert durchzuführen, 0= nicht durchführbar). Die zweihändigen Aufgaben werden für jede Hand extra bewertet. Zusätzlich schätzt der/die PatientIn ein, wie schwierig jede einzelne Aufgabe für ihn/sie war (2= nicht schwierig, 1= etwas schwierig, 0= sehr schwierig). Der Gesamtscore wird aus diesen beiden Scores berechnet und bewegt sich zwischen 0 („geringe Fingerfertigkeit“) und 48 („gute Fingerfertigkeit“) [38].

O'Connor Dexterity Test

Test zur Erhebung der Handgeschicklichkeit.

Michigan Hand Outcome Questionnaire (MHQ)

Der Fragebogen misst den Gesundheitszustand von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen der Hände. Der Fragebogen besteht aus 6 Skalen: allgemeine Handfunktion, Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerz, Arbeitsfähigkeit, Ästhetik und Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Handfunktion. Insgesamt gibt es 72 Fragen, die Antworten werden über eine fünfstufige Likert-Skala gegeben (1 = stimme eindeutig zu, 5 = stimme eindeutig nicht zu). Für jede der 6 Skalen werden die Rohwerte zusammengerechnet und dann in einen Score von 0 bis 100 umgewandelt. Für die Schmerzeskala bedeutet ein höherer Score größere Schmerzen, für alle anderen Skalen deutet ein höherer Wert auf eine bessere Handfunktion hin [49].

EuroQoL-Fragebogen (EQ-5D)

Instrument zur Beschreibung, Messung und Bewertung gesundheitsbezogener Lebensqualität, bestehend aus zwei Teilen. Im ersten Teil werden 5 Gesundheitsdimensionen berücksichtigt: Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Aktivitäten, Schmerz und Angst. Innerhalb der Dimensionen können die ProbandInnen den persönlichen Gesundheitszustand jeweils 3 Kategorien zuordnen („keine“, „mäßige“, „extreme Schmerzen“). Im zweiten Teil wird die visuelle Analogskala (VAS 0-100mm) durchgeführt [32].

EUROHIS-QoL 8

Fragebogen der WHO zur Erfassung der Lebensqualität und des Wohlbefindens, bestehend aus 8 Items [34].

Rheumatology Attitudes Index (RAI)

Misst kognitive, emotionelle und Motivationsdefizite von Personen, die gezwungen sind, mit stressreichen Situationen (in diesem Fall rheumatische Krankheit) umzugehen. Es geht um Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Selbstwirksamkeit. Bestehend aus 15 Aussagen, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden sollen (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme vollkommen zu). Der Gesamtscore beläuft sich auf 15 bis 75 Punkte.

In dem RCT von Hammond und Freemantle (2004) [33] bedeutet eine niedriger Score einen guten psychologischen Gesundheitsstatus [50].

Arthritis Self-Efficacy Scale (ASE oder ASES)

Erhebt die Stärke der Zuversicht der PatientInnen mit der RA umzugehen (Selbstsicherheit). Besteht aus 20 Items in 3 Bereichen (Funktionalität: 9 Fragen, andere Symptome: 6 Fragen, Schmerzen: 5 Fragen). Für jede Frage gibt es eine numerische Skala von 1 bis 10; der/die PatientIn bewertet auf dieser Skala mit einer Zahl von 1 bis 10, wie sicher er/sie die gefragte Tätigkeit ausführen kann (1 = sehr unsicher, 5-6 = moderat unsicher, 10 = sehr sicher) [51].

Der Score bei Hammond et al. (2004) [31] reichte von 1 bis 100, ein hoher Score verweist auf eine bessere Selbstsicherheit.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Dient der Erfassung von Angst und Depressivität bei PatientInnen mit körperlichen Erkrankungen. Mittels Selbstbeurteilung wird die Ausprägung ängstlicher und depressiver Symptomatik während der vergangenen Wochen erfasst. Angst und Depressivität werden auf 2 Subskalen mit je 7 Items erfasst. Es gibt je vier Antwortoptionen, diesen wird ein Punktwert von 0 bis 3 zugewiesen. Die Punktwerte werden pro Subskala aufsummiert (≤ 7 : unauffällig, 8-10: suspekt, > 10 : auffällig) [48].

In dem RCT von Niedermann (2010) [34] wurden Scores von 8+ und 10+ als klinisch behandlungswürdig angesehen.

Jamar dynamometer

Eine hydraulische Pumpe, mit der die Greifkraft gemessen werden kann.

Jebson Hand function

Testet die Geschicklichkeit bei Handaktivitäten. Sieben unilateral Aufgaben, die den Alltag simulieren, müssen mit Objekten durchgeführt werden. Je weniger Zeit benötigt wird, desto besser ist das Ergebnis [52].

Martin Virgorimeter

Dynamometer, gefüllt mit einem Ballon. Die PatientInnen müssen so stark wie möglich den Ballon zusammenpressen. Der Durchschnittswert von drei Aktionen wird zusammengerechnet [38].

Joint Protection Behaviour Assessment (JPBA/ D-JPBA)

Der JPBA ist kein Fragebogeninstrument, sondern eine Observationsmethode inkl. Videoaufnahme. Es wird beobachtet und ausgewertet, inwiefern gelenkschonenden Methoden (gelenkschonendes Verhalten) bei der Zubereitung von Kaffee (9 Aufgaben) verwendet wird [34].

Suchstrategie Medline (19.12.2011)

Database: Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <December 16, 2011>, Ovid MEDLINE(R) Daily Update <November 16, 2011>, Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to 1965>

Search Strategy:

- 1 Arthritis, Rheumatoid.mp. or exp Arthritis, Rheumatoid/ (93618)
- 2 Arthrit*.mp. (155917)
- 3 1 or 2 (165193)
- 4 exp Occupational Therapy/ (9323)
- 5 occupational therap*.mp. (11894)
- 6 OT.mp. (16243)
- 7 ergotherap*.mp. (259)
- 8 ergo-therap*.mp. (8)
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (27997)
- 10 3 and 9 (422)
- 11 exp Clinical Trial/ or double-blind method/ or (clinical trial* or randomized controlled trial or multicenter study).pt. or exp Clinical Trials as Topic/ or ((randomi?ed adj7 trial*) or (controlled adj3 trial*) or (clinical adj2 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*))).ti,ab. (988087)
- 12 meta-analysis.pt,ti,ab,sh. (46107)
- 13 (meta anal* or metaanal*).ti,ab,sh. (58146)
- 14 12 or 13 (58146)
- 15 (methodol* or systematic* or quantitativ*).ti,ab,sh. (707951)
- 16 ((methodol* or systematic* or quantitativ*) adj (review* or overview* or survey*)).ti,ab,sh. (38467)
- 17 (medline or embase or index medicus).ti,ab. (45504)
- 18 ((pool* or combined or combining) adj (data or trials or studies or results)).ti,ab. (11548)
- 19 15 or 16 or 17 or 18 (743665)
- 20 review.pt,sh. (1708773)
- 21 19 and 20 (109699)
- 22 14 or 21 (152582)
- 23 11 or 22 (1093520)
- 24 10 and 23 (76)
- 25 limit 24 to yr="2002 -Current" (39)

Qualitätsberurteilung der eingeschlossenen Studien

Tabelle 14-1: Qualitätsbeurteilung des eingeschlossenen systematischen Reviews

Author, Jahr, Ref. Nummer	Steeltjens et al. (2004)
Basiert der Review auf einer klar definierten Frage?	Ja
Wurden Auswahlkriterien klar definiert?	Ja
Wurde eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken durchgeführt?	Ja
Haben zumindest 2 Personen die Studien beurteilt?	Ja
Wurde die methodologische Qualität der Studien beurteilt?	Ja
Wurde die methodologische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?	Ja
Beurteilung der internen Validität	hoch

Tabelle 14-2: Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen RCTs

Author, Jahr, Ref. Nummer	Hammond A et al. (2004) [27]	Macedo AM et al. (2009) [28]	Hammond A & Freeman K (2004) [29]	Niedermann K et al. (2010) [30]	Silva P et al. (2008) [33]	Veehof MM et al. (2008) [34]	Silva AC et al. (2008) [32]	Adams J et al. (2008) [31]
War die Randomisierung adäquat?	Ja	Ja	Ja ¹³	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
War die Unvorhersehbarkeit der Gruppenzuordnung adäquat (allocation concealment)?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Waren wesentliche Charakteristika der Studiengruppen ähnlich?	Ja ^a	Nein ^b	Ja	Nein ^d	Ja	Nein ^e	Ja	Ja
Basiert die Studiengröße auf einer adäquaten Berechnung, die Power und einen kleinsten wesentlichen Unterschied einbezieht (minimal important difference)?	Ja	Nein ^c	Ja	Ja	Nein	Nein ^c	Ja	Ja
Wurde die Verblindung ¹⁴ adäquat durchgeführt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Gab es eine hohe Dropout-Rate (>20%)?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Gab es eine hohe differentielle Dropout-Rate (>15%)?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Wurde eine Intention-To-Treat (ITT) Analyse adäquat durchgeführt?	Ja	Ja (kein drop-out)	Ja	Ja (kein drop-out)	Ja	Ja (kein drop-out)	Ja	Ja
Gab es Ausschlüsse nach der Randomisierung (post-randomisation exclusion)?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Beurteilung der internen Validität	hoch	niedrig	hoch	niedrig	niedrig	niedrig	moderat ^f	hoch

kA: keine Angabe

^a *Ausnahme: Kontrollgruppe war im Mittel 3,2 Jahre älter*

^b *Kontrollgruppe war im Mittel 4 Jahre älter, und umfasste mehr Vollzeitbeschäftigte*

^c *die berechnete PatientInnenanzahl wurde nicht erreicht*

^d *Interventionsgruppe um 6,4 Jahre älter als Kontrollgruppe, längere Krankheitsdauer und weniger wöchentliche Arbeitszeit*

^e *Interventionsgruppe war um 5,2 Jahre älter, hatte eine längere Krankheitsdauer*

^f *da geringe PatientInnenanzahl*

¹³ Hammond and Freeman (2001): One-year outcomes of a randomised controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2001;40:1044-1051

¹⁴ Zumindest Verblindung derjenigen Person, welche die Outcomes beurteilt (outcome assessor)