

neuroreha

verbindet Forschung und Therapie

Juni 2016 • Seite 49–96 • 8. Jahrgang

www.thieme.de/neuroreha

2 • 2016

Leseprobe

SCHWERPUNKT Assessments

Messen: Warum? Wie?

Beurteilung von Assessments
oder Testgütekriterien

Skalenniveau bei Assessment-
Testergebnissen

Herausgeber
Martin Lotze
Jan Mehrholz
Klaus Starrost



49 Editorial

Aktuelles aus der Forschung

52 Internationale Studienergebnisse

55 Gelesen und kommentiert

Schwerpunkt Assessment

57 Messen: Warum? Wie?
Bernhard Elsner, Simone Thomas und Jan Mehrholz

62 Beurteilung von Assessments
oder Testgütekriterien
Jan Mehrholz, Simone Thomas und Bernhard Elsner

68 Skalenniveau (Verarbeitung/Statistik)
bei Assessment-Testergebnissen
Jan Mehrholz, Simone Thomas und Bernhard Elsner

75 Refresher-Fragen

Aus der Praxis

76 Testverfahren in der neurologischen
Physio- und Ergotherapie
*Simone Thomas, Bettina Scheffler, Bernhard Elsner,
Jan Mehrholz*

86 Testverfahren Logopädie
Bernhard Elsner, Simone Thomas und Jan Mehrholz

Originalarbeit

89 MuKieHs – Muskelveränderungen bei Kindern und
Jugendlichen nach erworbenen Hirnschädigungen
*Christine Wimmer, Christine Jansen und
Steffen Berweck*



Abb.: Ovidiu Iordach/fotolia.com

Info

94 Buchbesprechungen

95 Forum der Industrie

96 Veranstaltungskalender

97 Impressum



— Warum messen?

Messen heißt vergleichen und vergleichen heißt lernen

Warum befassen wir uns in der Neuroreha eigentlich mit Messen? Um Daten zu sammeln, anhand derer wir Vergleiche ziehen und Erkenntnisse gewinnen können. Zum Beispiel könnten wir das Messergebnis zum Ende der Therapie unserer Patienten mit dem zu Beginn vergleichen.

Definitionen. Mit Ergebnis (engl.: *outcome*) meint man einen Zustand bzw. die Veränderung eines Zustands [33]. Ein standardisiertes Ergebnismaß (engl.: *standardised assessment*) dient zum Messen eines Ergebnisses und kommt mit einer klar beschriebenen Anweisung zu seiner Anwendung und Auswertung daher [28, 31]. Weiterhin erfüllt es die klassischen wissenschaftlichen Gütekriterien *Reliabilität* (Zuverlässigkeit), *Validität* (Gültigkeit) und *Objektivität* in ausreichendem Maße [31] bzw. sind Angaben dazu beigefügt [28].

Das Messen mit Assessments (= standardisiertes Messinstrument) bezieht sich auf die Erhebung von Daten in Bezug auf die Ergebnisse [31, 33]. Anhand von Vergleichen, die auf diesen Daten basieren, können wir nun Erkenntnisse gewinnen, z. B. über die Effektivität unserer Therapie. Gleichzeitig dient dies jedoch auch der Sicherung der Prozessqualität und der Verständigung zwischen den verschiedenen an der Neurorehabilitation beteiligten Berufsgruppen, z. B. über den Patientenstatus [15]. Letzteres gelingt umso besser, wenn die Assessments in möglichst vielen Berufsgruppen bekannt sind und verwendet werden [15].

Ziele. Im Gesundheitswesen Beschäftigte aus den USA und Europa verwenden Assessments, um:

- die Leistung der Patienten zu messen,
- die Effektivität der Behandlung zu überprüfen,
- Aussagen über eine Prognose treffen zu können oder
- um zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für eine Entlassung gegeben sind [27, 30].

Qualitätsmanagement wurde als Motivation nur selten genannt [30].

Unterstützung der klinischen Entscheidung.

Als Praktiker in der Neuroreha liegt es demnach an uns, die klinischen Entscheidungen

Messen: Warum? Wie?

„Miss alles, was sich messen lässt, und mach alles messbar, was sich nicht messen lässt.“

(Archimedes, 287–212 v. Chr., Mathematiker)

Die Verwendung standardisierter Assessments in der Praxis hat vielerlei Vorteile: Wir haben mehr Potenzial, dazuzulernen, treten selbstbewusster auf und können gehaltvoller argumentieren. Dazu müssen wir jedoch wissen, was wir messen wollen, welche Assessments uns dafür zur Verfügung stehen und welches davon für unsere Zwecke geeignet ist.

Bernhard Elsner, Simone Thomas und Jan Mehrholz

durch systematische Messungen vor, während und nach der Therapie zu unterstützen. Die gemessenen Ergebnisse sollten im Hinblick auf die Betrachtung der Wirksamkeit der Therapie jedoch vorsichtig interpretiert werden, da die simple Gleichzeitigkeit von Behandlung und Ergebnismessung nicht heißt, dass das gemessene Ergebnis auch das Resultat der Behandlung ist [16].

Nur das systematische Messen mit Assessments kann uns Anhaltspunkte darauf liefern, ob unsere Patienten überhaupt von der von uns ausgewählten Therapie profitieren oder ob wir eine andere klinische Entscheidung treffen sollten

Nicht zu messen hieße, weniger zu wissen

Was wäre denn, wenn wir uns – ungeachtet der oben genannten Vorteile – dazu entschließen, auf den Gebrauch von Assessments zu verzichten? Dies könnte in unserem klinischen Alltag einige Probleme mit sich bringen, die ganz konkret uns selbst betreffen, wie z.B.:

- Wir lernen weniger dazu und bleiben so hinter unseren Möglichkeiten zurück.
- Wir hindern unsere professionelle Selbstwirksamkeit daran, zu wachsen.
- Wir können die von uns getroffenen Entscheidungen gegenüber anderen nicht mit objektiven Fakten begründen.

Weniger lernen durch weniger irren

Ohne systematisches Messen und Beurteilen der Ergebnisse können wir unser Erfahrungswissen, also „unsere interne Evidenz“ [26], nicht ausreichend schulen. Uns fehlen harte Fakten, anhand derer wir erkennen können, dass wir uns geirrt haben. Versuch und Irrtum sind jedoch wichtige Bestandteile des Gewinnens von Erkenntnissen. Irren ist wichtig, denn es reicht nicht aus, derzeit gültige Theorien immer wieder nur zu bestätigen. Neue Erkenntnisse können nur gewonnen werden, wenn derzeit gültige Theorien auch widerlegt (falsifiziert) werden können [24]. Nicht zu messen hieße also, sich eines objektiven Vergleichsmaßstabs zu berauben. Wir lernen weniger dazu.

Geringere professionelle Selbstwirksamkeit

Nicht zu messen hieße, sich unsicherer zu fühlen als nötig. Dieses Nicht-genau-Wissen schafft eine latente Unsicherheit, sowohl

aufseiten der Patienten als auch insbesondere aufseiten der Behandler. Bei uns Therapeuten tritt sie besonders dann offen zu Tage, wenn wir von unseren Patienten nach einer Einschätzung des Behandlungsverlaufs gefragt werden. Dann laufen wir Gefahr, ins „Schlingern“ zu geraten und mit blumigen Verlegenheitsformulierungen wie z.B. „Es ist schon viel besser geworden, aber wir sind noch nicht da, wo wir hinwollen“ zu antworten.

Solchen Aussagen liegen natürlich auch die Hoffnung und die soziale Erwünschtheit von Patienten und Therapeuten zugrunde, einen Fortschritt im Therapieverlauf zu erzielen bzw. diese Hoffnung nicht zu enttäuschen. Doch eine Verbesserung ist leider nicht bei allen unserer Patienten möglich. Gerade in diesen Fällen kann es jedoch sinnvoll sein, gemeinsam einen Blick auf die Fakten zu werfen und sich die Messergebnisse der bisher durchgeführten Assessments näher anzuschauen und zu interpretieren. Dies mag zwar sowohl für Patienten als auch für Therapeuten manchmal ernüchternd sein, ist jedoch zugleich auch erleichternd. Der Grund ist, dass die gemessenen Ergebnisse als eine objektive Größe in die Beurteilung des Therapieverlaufs einbezogen werden. Diese haben das Potenzial, das gegenseitige Erwartungsverhältnis von Patienten und Therapeuten zu normalisieren.

Schwache Argumentationen

Nicht zu messen hieße auch, gegenüber Patienten und deren Angehörigen sowie Kollegen und verordnenden Ärzten eventuell schwächer zu argumentieren, als man eigentlich könnte. Wie wollen wir Therapeuten den von uns aufgestellten Behandlungsplan kompetent rechtfertigen oder die Fortführung bzw. das Beenden der Therapie empfehlen, wenn sich unsere Empfehlungen nicht auf objektive Daten stützen? Im ambulanten Bereich tätige Heilmittelbringer sind in Deutschland dazu verpflichtet – falls von den niedergelassenen Ärzten gewünscht –, diese mittels eines Therapieberichts über den Stand der Therapie zu informieren [1, 2, 3].

Es ist ein Zeichen seriöser Professionalität der Therapeuten, objektiv und mit einem geeigneten Ergebnismaß zu messen und basierend auf diesen Ergebnissen eine Empfehlung auszusprechen.

Wie sollte denn gemessen werden?

Barrieren. Wir haben gesehen, dass der Nichtgebrauch von standardisierten Assessments mit gravierenden Nachteilen verbunden ist und somit keine zufriedenstellende Lösung sein kann. Doch warum messen wir nicht alle konsequent? Dafür sind die Barrieren verantwortlich, die den routinemäßigen Einsatz von standardisierten Assessments in der Praxis behindern. Ihnen widmet sich ein ganzer Forschungszweig. Bekannte Barrieren [27, 32] sind z.B.:

- mangelnde Zeit
 - Bequemlichkeit
 - Schwierigkeiten bei der Änderung der klinischen Routine
 - fehlende finanzielle Vergütungsanreize
- Diese allgemeinen Barrieren betreffen eher die klinischen Rahmenbedingungen und haben mit den Assessments selbst noch nicht viel zu tun. Daneben existieren aber auch noch weitere Faktoren, die mit der Verwendung der Assessments selbst einhergehen [27, 32], wie z.B.:
- mangelnde Vertrautheit und Wissen
 - mangelndes Training in Bezug auf die Durchführung und Auswertung von Assessments

Voraussetzungen zur Arbeit mit Assessments.

Was wäre denn, wenn wir uns – ungeachtet der oben genannten Barrieren – nun dazu entschließen, von nun an stets mit standardisierten Assessments zu messen? Dies bedürfte einiger Voraussetzungen, wie z.B.:

1. Entschlossenheit, überhaupt mit standardisierten Assessments zu messen – und auch dabei bleiben
2. wissen, was wir überhaupt messen wollen
3. Kenntnis von Assessments für das zu messende Ergebnis. Falls wir keine kennen sollten, müssten wir uns mögliche Assessments beschaffen können.
4. Auswahl des am besten geeigneten und zur Auswahl stehenden Assessments für das zu messende Ergebnis
5. Sprache (falls wir kein in deutscher Sprache verfügbares Assessment auffindig machen könnten, sollten wir die Schritte 3. und 4. ggf. auch in Englisch ausführen können)
6. korrekte Anwendung der Assessments
7. richtige Interpretation der Daten in Anbetracht der Begrenztheit des angewandten Assessments

8. eindeutige Dokumentation der mittels Assessments gewonnenen Ergebnisse
9. Investition von Zeit, in der keine aktive Behandlung stattfinden kann – und wir müssen diese Zeit dennoch investieren

Müssten wir überhaupt messen?

Wie viele unserer Kolleginnen und Kollegen in der Neuroreha nutzen denn bereits jetzt standardisierte Assessments? Die Literatur zu diesem Thema zeigt keine gravierenden Unterschiede im Hinblick auf die Herkunft oder die Berufsgruppe.

Zum Beispiel hatten zwei Befragungen unter in der Rehabilitation tätigen Therapeuten aus dem Jahr 2001 den Gebrauch von Assessments in verschiedenen Regionen Europas zum Gegenstand [11, 30]: Die Autoren fanden, dass wenige Rehabilitationseinrichtungen eine große Anzahl von Assessments bei lediglich einem kleinen Anteil der Patienten benutzte [11]. Es zeigte sich nur eine geringe Übereinstimmung zwischen den Teilnehmern, welches Assessment nun genau für das Messen einer bestimmten Zielgröße verwendet werden sollte [30]. In der Rehabilitation nach Schlaganfall wurden häufiger standardisierte Assessments genutzt als in der Rehabilitation von Rückenerkrankungen [30]. Bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen wurden eher krankheitsspezifische Ergebnismaße auf der ICF-Ebene der Körperfunktionen genutzt [11]. Ergebnisse auf der Ebene der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit wurden nur selten gemessen [30].

In einer weiteren Umfrage unter Physiotherapeuten in den Niederlanden wurde die Häufigkeit des routinemäßigen Gebrauchs aller sieben in der Schlaganfall-Leitlinie empfohlenen Assessments untersucht: Der Anteil der routinemäßig erhobenen empfohlenen Assessments reichte von 7 % bis 49 % [32]. Bei einer Befragung unter in der Neuroreha tätigen kanadischen Physiotherapeuten zeigte sich ein ähnliches Bild: 121 von 270 befragten Therapeuten (45 %) erhoben Daten zur Gehfähigkeit ihrer Patienten nicht routinemäßig [27]. Jeder zweite Teilnehmer einer weiteren Umfrage unter US-amerikanischen Physiotherapeuten benutzte überhaupt standardisierte Assessments, und nur ein kleiner Anteil von ihnen betrachtete es als wahrscheinlich, auch in Zukunft weiterhin Assessments anzuwenden [15].

Allerdings ist die Berufsgruppe der Physiotherapeuten damit nicht allein: Wie die 2003 veröffentlichten Ergebnisse einer weiteren Befragung unter US-amerikanischen Psychologen und Sozialarbeitern nahelegen, verlassen auch sie sich bei der Beurteilung des Fortschritts der Therapie lieber auf ihre eigene Intuition als auf Assessments – sogar wenn sie die Assessments obligatorisch erheben mussten [9]. Auf die Frage nach den Gründen dafür antworteten die meisten Befragten, dass der Gebrauch von Assessments die klinische Entscheidungsfindung eher erschwere als erleichtere, da sie deren Ergebnisse entweder nicht interpretieren konnten oder sie sich gar nicht erst anschauten [9]. Dies deckt sich auch mit den Befunden einer weiteren Untersuchung unter in der Neuroreha tätigen Physiotherapeuten in Kanada, die eher von Patienten erhaltene Informationen oder andere „informelle“ Evidenz bei der klinischen Entscheidungsfindung berücksichtigten als standardisierte Assessments [18].

Die Nichtnutzung von Assessments ist durchaus verbreitet und betrifft keineswegs nur einzelne Berufsgruppen oder einzelne Länder.

Allerdings ließen sich im Rahmen einer Befragung unter irischen Physiotherapeuten Hinweise darauf finden, dass zwischen 1998 und 2003 die Anwendungsrate standardisierter Assessments ebenso wie die Sensibilität für die damit verbundenen Barrieren zunahmen [28].

Schritt 1: Was wollen wir messen?

Um das Ergebnis einer Behandlung evaluieren zu können, muss man zunächst einmal spezifizieren, welches Ziel der Rehabilitationsprozess überhaupt hat [33]. Hierbei sollten wir unsere Patienten einbeziehen und somit den Fokus unserer Behandlung auf für sie relevante Ergebnisgrößen richten. Die Wünsche unserer Patienten bzw. die Patientenpräferenzen bilden neben der internen Evidenz (Erfahrungswissen) und der externen Evidenz (Forschungsergebnisse) die dritte Komponente der evidenzbasierten Praxis [26]. Demzufolge sollte sich das durch uns ausgewählte Assessment auf die für unsere Patienten relevanten Ergebnisse beziehen, und es sollte in Abhängigkeit von der Zielstellung möglichst alle relevanten Ergebnisse abdecken [33]. Das

Erfassen von nicht relevanten Ergebnismäßen sollte aus Effizienzgründen vermieden werden [33].

Die Ziele und Wünsche unserer Patienten wirken sich also auch auf die Auswahl der durch uns zu messenden Ergebnisgrößen aus, und wir sollten gezielt, aber sparsam messen.

Schritt 2: Welche Assessments gibt es?

Zunächst einmal ist bekannt, dass in der Praxis eine Vielzahl an abteilungseigenen bzw. selbst entwickelten Assessments existiert, die auch häufig (bei ca. jeder fünften Messung) verwendet werden [4, 15]. In den meisten Fällen dürfte dies jedoch überflüssig sein, da es für eine Fülle von Erkrankungen bereits eine große Anzahl an validierten Assessments gibt. Dazu passt, dass vier von zehn zur Gangrehabilitation nach Schlaganfall befragten kanadischen Physiotherapeuten sich nicht bewusst oder sich unsicher darüber waren, dass überhaupt valide und reliable Ergebnismaße für die Beurteilung der Gehfähigkeit nach Schlaganfall verfügbar sind [27]. Diejenigen mobilitätsbezogenen Assessments, die in dieser Untersuchung am häufigsten trotz allem verwendet worden sind, waren z. B. [27]:

- Chedoke McMaster Stroke Assessment (CMSA)
 - Functional Independence Measure (FIM)
 - Erfassen der Gehgeschwindigkeit
- Nur etwa jeder zehnte Therapeut ermittelte regelmäßig auch die Gangkapazität mittels 6-Minuten-Gehtest [27].

Wertvolle Ressourcen werden vergeudet, weil mit selbst entwickelten Messinstrumenten gemessen wird, obwohl standardisierte Assessments vorliegen.

Aber woher bekommen wir eine Übersicht über alle standardisierten Assessments, die uns für das zu messende Ergebnis zur Verfügung stehen? Wir könnten in wissenschaftlich-medizinischen Datenbanken wie z. B. PubMed nachschlagen, aber dieses Verfahren ist für diesen Zweck sehr aufwendig.

Als Alternative kommen hierfür z. B. Fachbücher in Frage, die ausschließlich oder teilweise Assessments präsentieren [19, 21, 34]. Außerdem existieren zum Teil umfangreiche Webseiten und Datenbanken, in denen viele gängige Assessments verzeichnet sind [6, 7, 10, 12, 13, 14, 20, 22].

Schritt 3: Das geeignete Assessment finden

Für die in Schritt 1 ermittelten Ergebnisse haben wir uns in Schritt 2 eine Übersicht über zur Verfügung stehende standardisierte Assessments verschafft. Nun müssen wir geeignete Assessments auswählen. Aber nach welchen Kriterien tun wir das?

Hierbei würden wir anhand verschiedener Faktoren, z. B. anhand der klassischen wissenschaftlichen Gütekriterien *Objektivität*, *Validität* und *Reliabilität* sowie der *Praktikabilität*, entscheiden. Weitere Faktoren wären z. B. der für die Durchführung des Assessments benötigte Raum und die dafür benötigte Ausrüstung, der Schulungsaufwand für die Anwendung und Interpretation, die mit Beschaffung und Gebrauch verbundenen Kosten und die damit verknüpften Angelegenheiten des Urheberrechts sowie die mit der Testung einhergehende Belastung für die Patienten sowie die Sprache und Kultur der Patienten [25]. All diese Faktoren sollten wir bei der Auswahl des Assessments berücksichtigen und gegeneinander abwägen, um eine gute Wahl zu treffen.

Schritt 4: Die Sprachbarriere überwinden

Falls wir in Schritt 3 kein geeignetes Assessment gefunden haben sollten, hätten wir noch die Möglichkeit, nach Informationen in z. B. englischer Sprache zu suchen. Hierzu bieten sich unter anderem die Datenbank www.rehabmeasures.org oder die Suche unter www.pubmed.gov an. Diese Möglichkeiten erscheinen in solch einem Fall lohnenswert, da wir davon ausgehen können, dass eine Vielzahl an in Englisch veröffentlichten und noch nicht ins Deutsche übersetzten Assessments existiert – vielleicht ist ja etwas für uns dabei.

Schritt 5: Korrekte Anwendung nötig

Nähere Informationen zur standardisierten Durchführung eines jeden Assessments finden sich in dessen Anleitung. Wir sollten die Instruktionen jedes Assessments vor erstmaligem Gebrauch lesen bzw. kennen und sie möglichst genau befolgen. Erst dann können unsere Assessments auch Daten von hoher Qualität liefern, und erst dann wären die Ergebnisse der einzelnen Messungen sowohl untereinander als auch mit den Messungen anderer Patienten optimal vergleichbar.

Schritt 6: Messdaten interpretieren

Die korrekte Interpretation der Messergebnisse setzt korrekt erhobene Daten zu rele-

vanten Ergebnissen voraus. Eine Anleitung zur Interpretation eines jeden Assessments sollte sich in dessen Beschreibung befinden. Die korrekte Interpretation hängt jedoch nicht nur von der Charakteristik unserer Patienten ab (z. B. von der Schwere der Einschränkungen), sondern ebenso von ihren sozialen, körperlichen und persönlichen Kontextfaktoren (z. B. die Einstellung der Patienten und deren Familie zu Krankheit, die Wohnumgebung des Patienten, die Erwartungen der Patienten). Diese Kontextfaktoren sollten bei der Interpretation der Messergebnisse stets berücksichtigt werden [33].

Stellen wir uns z. B. einmal folgenden Fall vor: Eine 79-jährige Patientin mit idiopathischem Parkinson-Syndrom (IPS) wohnt im dritten Stock eines Mietshauses. In dem Haus gibt es keinen Fahrstuhl. In diesem Fall würde z. B. das Item „Treppen steigen“ im Barthel-Index [17] mit anderer Gewichtung interpretiert werden, als wenn das Haus über einen Fahrstuhl verfügte – auch wenn der im Assessment bzw. dessen Item erreichte Punktwert in beiden Fällen gleich ist.

Die korrekte Interpretation scheint jedoch nicht so einfach zu sein: Wir wissen aus einigen Umfragen, dass Assessments unter anderem auch deswegen nicht angewendet werden, weil sowohl die Durchführenden als auch deren Patienten die Ergebnisse nicht oder nicht richtig interpretieren können [9, 15, 29].

Schritt 7: Ergebnisse dokumentieren

Begründete Abweichungen von der standardisierten Durchführung eines Assessments müssen dokumentiert werden. So kann es z. B. vorkommen, dass wir die Rahmenbedingungen der Durchführung an unsere Patienten anpassen müssen. So ist z. B. die Höhe der Sitzfläche bei der Durchführung des Timed-up-and-go-Tests auf 46 cm und die Höhe der Armlehnen auf 67 cm standardisiert [23]. Wenn wir die Sitzhöhe z. B. aufgrund von Leistschmerzen unserer Patientin erhöhen oder einen Stuhl ohne Armlehnen verwenden, sollten wir diese Abweichung in der Testdurchführung auch dokumentieren, um eine Vergleichbarkeit der Messwerte (z. B. mit vorangegangenen Messungen oder mit Normwerten) und deren korrekte Interpretation zu ermöglichen.

Schritt 8: Messen kostet Zeit

Im manchmal hektischen klinischen Alltag mangelt es vor allem an einem: Zeit für die

Behandlung unserer Patienten. Wie soll man sich da bitte schön noch Zeit für standardisierte Assessments nehmen?

Unter Umständen ist zeitintensives Befunden und Messen auch seitens der Patienten gar nicht gewünscht. Einige bevorzugen es, wenn man sofort mit dem Behandeln beginnt. Wie jedoch weiter oben gezeigt wurde, kann es für alle Beteiligten durchaus sinnvoll sein, etwas Zeit in die Anwendung von Assessments zu investieren.

Die Anwendung von Assessments ist somit keineswegs verschenkte Zeit; jedoch beeinflusst die zur Verfügung stehende Zeit durchaus die Auswahl des Assessments: So wird ein zwar exaktes, aber 30 Minuten dauerndes Assessment im Rahmen einer 20-minütigen ambulanten Physiotherapiebehandlung kaum durchführbar, im Rahmen der stationären Versorgung jedoch durchaus praktikabel sein.

Fazit

Wenn wir standardisierte Assessments in der Praxis anwenden, haben wir mehr Potenzial, dazuzulernen, selbstbewusster aufzutreten und stärker argumentieren zu können.

Dazu müssen wir jedoch wissen, was wir messen wollen, welche Assessments uns dafür zur Verfügung stehen und welches davon für unsere Zwecke geeignet ist. Eine Übersicht über geeignete Assessments bieten z. B. Fachbücher und Internetdatenbanken. Wir müssen sie korrekt anwenden, umsichtig interpretieren und die Ergebnisse dokumentieren. All dies kostet uns und unsere Patienten Zeit, deren Investition sich durchaus lohnen kann.

Viele in der Neuroreha tätige Berufsgruppen überall auf der Welt messen jedoch nicht systematisch. Die dafür verantwortlichen **Barrieren** ähneln sich:

- mangelndes Wissen über die Auswahl, Anwendung und Interpretation von Assessments
- Verwendung nicht standardisierter Messinstrumente
- Bequemlichkeit
- Schwierigkeiten bei der Änderung der klinischen Routine
- fehlende finanzielle Vergütungsanreize
- Begrenztheit der Ressource Zeit

Obwohl der Inhalt, die Eigenschaften und die Anwendbarkeit vieler standardisierter Assessments seit mehr als 20 Jahren in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlicht werden, berichten Kliniker weiterhin davon, dass sie diese Assessments nicht nutzen, weil sie nicht auf ihre Patienten angepasst sind und sie die Ergebnisse nicht interpretieren können [15]. Daraus könnte man schlussfolgern, dass die Verbreitung von Informationen über Fachliteratur kein effektiver Mechanismus ist und dass die **Interpretation der Testergebnisse** für Kliniker und Patienten verbessert werden muss [9].

Sowohl regelmäßige Weiterbildungen zu Auswahl, Anwendung und Interpretation von Assessments als auch die Integration dieses Wissens in die Berufsausbildung könnten die Anwendungsraten in der Praxis steigern [15].

Zum Erreichen dieses Zieles könnte Software z. B. in Form von **Smartphone-Apps** bereitgestellt werden, um die Gewinnung, Analyse und Interpretation von Daten zu unterstützen. Diese Daten könnten uns beim Fällen von klinischen Entscheidungen helfen. So könnte man z. B. relativ leicht die am Patienten gemessenen Daten mit einer Normstichprobe vergleichen, die Schwere der Erkrankung einschätzen oder den weiteren Krankheitsverlauf vorhersagen. Ideen für eine App zur evidenzbasierten Rehabilitation der Armfunktion nach Schlaganfall existieren bereits [35]. Möglicherweise braucht es auch neue Formen der Vergütung, um die Anwendungsrate von standardisierten Assessments zu erhöhen. Eine Verpflichtung zum Messen mit standardisierten Assessments führt scheinbar nicht zwangsläufig auch zu einer hohen Anwendungsrate [9].

Ein weiterer Punkt betrifft die häufige **Verwendung nicht standardisierter Assessments**: Dies sollte aus Effizienzgründen nach Möglichkeit vermieden werden – es hat sich gezeigt, dass

- standardisierte Assessments nicht standardisierten Assessments z. B. durch eine Reduktion unnötiger Doppeluntersuchungen im Rahmen von Patiententransfers überlegen sind und
- die Vielzahl an nicht standardisierten Assessments zur Verwirrung unter Klinikern und Wissenschaftlern führt [4, 5].

Nach Möglichkeit sollten nicht standardisierte Assessments durch standardisierte Assessments ersetzt werden – sofern solche für das zu messende Ergebnis existieren.

Das Kriterium der **Praktikabilität** eines Tests spielt für dessen Verwendung in der Praxis eine wichtige Rolle [4, 8]: Standardisierte Assessments werden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in der Praxis angewendet, wenn sie auf die Kliniker kurz, schlank und sinnvoll wirken. Weiterhin verwenden Therapeuten Assessments eher, wenn diese leicht verfügbar sind, wenn sie die zu verwendenden Assessments selbst auswählen dürfen und sie sich sicher bei deren Anwendung fühlen [8].

Um standardisierte Assessments erfolgreich in die Routineversorgung zu überführen und zu erhalten, wird **Unterstützung seitens der Arbeitgeber** benötigt [5, 8]. Die fachlichen Leitungen sowie die Geschäftsführungen sind in einer geeigneten Position dafür: Sie können die Wichtigkeit der Anwendung von Assessments betonen, sodass sich die Therapeuten auch unterstützt fühlen, diese im Rahmen des Patientenkontakts routinemäßig zu nutzen und Best-Practice-Empfehlungen umzusetzen.

Auch die Wissenschaft sollte sich hier einbringen: 9 von 10 kanadischen Physiotherapeuten stimmten dafür, dass künftig Kliniker an der Entwicklung von Assessments beteiligt werden sollten, um die Anwendbarkeit von Rehabilitationsforschung auf die klinische Praxis zu befördern [27]. In diesem Rahmen könnten die Kliniker auch direkt an der Übertragung der Erkenntnisse in die Praxis mitwirken. Ungefähr jeder zweite befragte Kliniker erklärte auch seine Bereitschaft, sich daran zu beteiligen [27].

Frei nach Archimedes sind wir also vielleicht doch gut beraten, alles Relevante zu messen, was sich (mit standardisierten) Assessments messen lässt, und dabei mitzuwirken, all das messbar zu machen, was sich (noch) nicht messen lässt.

Autoren



Bernhard Elsner ist Physiotherapeut und Professor für Therapiewissenschaften an der SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera. Er ist Studiengangleiter der Studiengänge Physiotherapie und Ergotherapie.

Prof. Dr. Bernhard Elsner, MPH
Professor für Therapiewissenschaften
SRH Hochschule für Gesundheit Gera gGmbH
Neue Str. 28–30
07548 Gera
Website: www.srh-gesundheitshochschule.de
E-Mail: bernhard.elsner@srh-gesundheitshochschule.de



Simone Thomas ist Physiotherapeutin mit Bachelor und Master of Science. Seit 2012 unterstützt sie das Wissenschaftliche Institut der Klinik Bavaria Kreischka als wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Simone Thomas
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Private Europäische Medizinische Akademie der Klinik Bavaria in Kreischka GmbH
An der Wolfsschlucht 1–2
01731 Kreischka
E-Mail: simone.thomas@klinik-bavaria.de



Jan Mehrholz ist Physiotherapeut und Professor für Therapiewissenschaften. Zudem leitet er das Wissenschaftliche Institut der Klinik Bavaria in Kreischka und ist als Privatdozent für Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden tätig.

Prof. Dr. rer. medic. habil. Jan Mehrholz
Leiter Wissenschaftliches Institut
Private Europäische Medizinische Akademie der Klinik Bavaria in Kreischka GmbH
An der Wolfsschlucht 1–2
01731 Kreischka

Die komplette Literaturliste finden Sie unter www.thieme-connect.de/ejournals

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0042-106144
neuroreha 2016; 8: 57–61
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-6496