

Referent/in

Kannenberg, Andreas (Austin US) | Dr. med.
Otto Bock Healthcare LP - Medical Affairs

Titel

Evidenzbasierte Patientenversorgung in der Orthopädietechnik in den USA: Bürde oder Chance?

Coauthors

None

Zusammenfassung

Dieser Beitrag ist eine Orientierungshilfe zur Nutzung von validierten Tests zur Quantifizierung von Patientenbedürfnissen und Versorgungsergebnissen in der Orthopädietechnik. Er gibt einen Überblick über die Bemühungen zur Professionalisierung der orthopädietechnischen Dokumentation in den USA.

Einführung/ Grundlagen

Der klinische Versorgungsalltag in der Orthopädietechnik in den USA an dem Problem, dass sie keine validierten, allgemein anerkannten Tests und Parameter ("Outcomes") zur Quantifizierung von unerfüllten Patientenbedürfnissen und von Versorgungsergebnissen einsetzt. Die Dokumentation von Orthopädietechnikern ist meist qualitativer oder bestenfalls semiquantitativer Natur. Andere Gesundheitsberufe setzen validierte diagnostische Tests zur direkten Quantifizierung von Befunden und Behandlungsergebnissen ein, um die Notwendigkeit von Interventionen/Versorgungen gegenüber Kostenträgern zu begründen und um ihre therapeutischen Effekte zu messen. Im Vergleich dazu sieht sich die Orthopädietechnik in vielen Ländern und speziell in den USA damit konfrontiert, dass ihre traditionelle qualitative Dokumentation den Anforderungen immer weniger gerecht wird, insbesondere im Bereich von prothetischen und orthetischen Technologien, die von Kostenträgern als „teuer“ empfunden werden.

Methodik/ Arbeitsprozess

Im Klinik-(Sanitätshaus-)Netzwerk und dem Bereich Clinical Research & Services eines namenhaften Herstellers in den USA wurden validierte, in der Rehabilitationsmedizin allgemein übliche klinische Tests zur Diagnostik des Sturzrisikos, der Mobilität mit der Prothese, des

Schaftkomforts und der Lebensqualität von Amputierten im Hinblick auf ihre Eignung für die tägliche orthopädietechnische Praxis analysiert. Die wichtigsten Kriterien waren dabei einerseits die klinische Aussagekraft der Testergebnisse für die oben genannten Aspekte der Versorgung und andererseits der Zeitbedarf für die Durchführung der Tests und Befragungen. Das Ergebnis dieser Analyse war ein Satz an validierten klinischen Tests und Fragebögen, die eine klinisch aussagekräftige Erfassung von unerfüllten Patientenbedürfnissen und prothetischen Versorgungsergebnissen mit akzeptablem Zeitaufwand ermöglichen.

Durchführung

Im Kliniknetzwerk in den USA werden folgende validierte Tests für eine systematische Datenerhebung empfohlen:

- Amputee Mobility Predictor mit Prothese (für bereits versorgte Patienten: AMPPRO) bzw. ohne Prothese (für Neu-Amputierte, die noch keine Prothese haben: AMPnoPRO).
- 10m-Gehtest zur Bestimmung der selbstgewählten und maximalen Gehgeschwindigkeit.
- Timed-up-and-go-Test (TUG) zur Bestimmung des Sturzrisikos. Wenn der Patient den TUG unter 19 s absolviert, wird zusätzlich der Four-Square-Step-Test (FSST) durchgeführt.
- Wenn die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit mit 10m-Gehtest >0.8 m/s und die maximale Gehgeschwindigkeit >1.1 m/s ist, wird zusätzlich der 6-Minuten-Gehtest durchgeführt. Er erfasst die Ausdauerkomponente der körperlichen Leistungsfähigkeit des Patienten.
- Activity-specific Balance-Confidence (ABC) Scale (Aktivitätsspezifische Gleichgewichtsskala): Dieser Fragebogen erfasst das Vertrauen des Patienten in die Prothese bei 16 Aktivitäten und damit das Sturzrisiko.
- PLUS-M: Validierter Fragebogen zur Erfassung der Schwierigkeiten des Patienten bei der Ausführung von 12 ADLs.
- Socket Comfort Score (Schaftkomfort-Beurteilung).
- EQ-5D-5L zur Bestimmung der Lebensqualität.

In den Bereichen Sicherheit (Sturzrisiko) und Mobilität werden jeweils ein physischer Leistungstest und ein Test zur Wahrnehmung des Patienten verwendet. Damit können mögliche Diskrepanzen erfasst werden, die für die weitere Behandlungsstrategie relevant sein können.

Fazit

Aufgrund der Versicherungsbedingungen ist in den USA die Abgrenzung zwischen den Mobilitätsgraden 3 und 4 einerseits sowie 2 und 1 andererseits von größter Bedeutung. In der Regel haben nur Patienten mit den Mobilitätsgraden 3 und 4 Zugang zu moderner Prothesentechnologie, wie z. B. mikroprozessor-gesteuerten Kniegelenken. Die Bestimmung des Mobilitätsgrades durch den Orthopädietechniker wird von den US-Krankenversicherungen häufig angezweifelt und sollte daher mit objektiven Daten unterfüttert werden. Diesem Zweck dienen der AMPPRO/AMPnoPRO, der 10m-Gehtest und der 6-Minuten-Gehtest, um nachweisen zu können, dass der Patient ein „Community Ambulator“ (uneingeschränkter Außenbereichsgeher) ist. Darüber hinaus ist es jedoch erforderlich, die medizinische Notwendigkeit von hochwertigen Passteilen im Einzelfall darzustellen und zu begründen. Ein wichtiges Kriterium dafür wäre eigentlich die Sturzanamnese, die in den USA häufig jedoch sowohl in orthopädietechnischen als auch medizinischen Akten fehlt. Hier kann die Bestimmung des Sturzrisikos mittels des TUG bzw. FSST und der ABC-Skala eine wichtige Lücke füllen und die Versorgung mit hochwertigen Passteilen mit nachgewiesenem Sicherheitsprofil begründen. Ähnliches gilt für den Nachweis von unerfüllten Patientenbedürfnissen in den anderen Aspekten. Bei regelmäßiger Durchführung dieser Tests lassen sich auch langfristige Versorgungserfolge gut dokumentieren und eine entsprechende Wiederversorgung rechtfertigen.

Literaturreferenzen

Gailey RS, Roach KE, Brooks Applegate E, Cho B, Cunniff B, Licht S, Maguire M, Nash, MS. The Amputee Mobility Predictor: An instrument to assess determinants of lower limb amputee's ability to ambulate. Arch Phys Med Rehabil 2002;83(5):613-627.

Dite W, Temple VA: A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83(11):1566-1571.

Resnik L, Borgia M: Reliability of outcome measures for people with lower-limb amputations: distinguishing true change from statistical error. Phys Ther 2011;91(4):555-565.

Lajoie Y, Gallagher SP. Predicting falls within the elderly community: comparison of postural sway, reaction time, the Berg balance scale and the Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. Arch Gerontol Geriatr 2004;38(1):11-26.