



## **Evidenzbasierte Medizin in der ergotherapeutischen Praxis- Qualität in der Therapie? – Erfahrungen aus dem Bereich der Primärprävention**

Evidenz in der Medizin ist wissenschaftlich fundiertes Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Intervention.

Sie bildet die Basis bei der Entwicklung von Qualitätsstandards und Leitlinien für die Praxis.

Die randomisierte kontrollierte Studie (RTC: randomized controlled trials) ist das beste nachgewiesene Studiendesign, um bei einer **eindeutigen Fragestellung eine eindeutige Aussage zu erhalten**.

**Eine typische Frage für solche Designs lautet: Ein neues Medikament ist auf dem Markt. Wird der erwartete Nutzen erreicht und übersteigt dieser die möglichen Risiken?**

**Randomisierung** bedeutet die Zuordnung zur Behandlungsgruppe nach dem Zufallsprinzip, um den Einfluss des Untersuchers auszuschließen, sowie die gleichmäßige Verteilung von bekannten und nicht bekannten Einflussfaktoren auf alle Gruppen sicherzustellen.

Behandlungsgruppen können beispielsweise dem Medikament A oder B zugeordnet werden beziehungsweise der Medikamenten- oder der Placebogruppe, je nachdem ob zwei Medikamente miteinander verglichen oder die Wirksamkeit von einem Medikament belegt werden soll.

**Kontrolliert:** Alle randomisierten Studien, sind auch kontrollierte Studien, da die Ergebnisse der Medikamentengruppe A natürlich mit der Medikamentengruppe B verglichen wird. Ebenso wird bei der Überprüfung der Wirksamkeit eines einzelnen Medikaments die Medikamentengruppe mit der Placebogruppe verglichen.

Evidenzhierarchie:

- Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.
- Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.
- Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.
- Level 4a: Es gibt Nachweis für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
- Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

Nun hat die Ergotherapie jedoch einen komplexen Ansatz, vergleichbar mit der generellen präventiven Gesundheitsförderung. Hier proklamiert sogar die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung selbst: „Ein Evidenzbegriff, wie er in der Medizin gebraucht wird, ist für die Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RTC gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. Entsprechend wird vorgeschlagen, Evidenz in der Gesundheitsförderung als umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten zu begreifen.“ Im Rahmen der Gesundheitsförderung löst man dieses Problem in Form einer Datenbank, die im Internet abrufbar ist und das Wissen über die Gesundheitsförderung systematisch aufbereitet:  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Viele der dort aufgeführten Projekte inklusive dem Auswahlinstrument für bzw. gegen die Projekte , zwecks partizipativer Qualitätsentwicklung, werden in dem Buch Gesundheitsförderung Konkret Band 5 3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2007 beschrieben.

Kostenfrei zu bestellen unter:

<http://www.bzga.de> – Infomaterialien/ Bestellung- dort als Suchbegriff: „Gesundheitsförderung konkret“ eingeben.

**Auch und gerade für Ergotherapeuten stellt sich hier die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung und Förderung über den § 20 SGB V. Das Buch bietet hier viele Anregungen und weiterführende ebenso zum größten Teil kostenfreie Informationen.**

In Zusammenhang mit Qualität und deren Entwicklung fällt häufig der Begriff Best Practice und Benchmarking. In diesem Rahmen wird versucht sich an den herausragenden Leistungen anderer Anbieter zu orientieren und diese für die eigene Praxis zu adaptieren.

Im Gesundheitswesen scheint es jedoch sinnvoller nicht die besten Lösungen zu suchen, sondern bewährte Lösungen also good practice. So ist ein praxisnaher Transfer schneller möglich, da nicht unter allen Lösungen immer erst die beste für die jeweilige Vorgabe analysiert werden muss. Zudem ist auch für die Basis mittels good practice einfach zu erkennen, welche Maßnahmen so in der eigenen Praxis nicht angewandt werden können. Sie regen gleichzeitig zu Überlegungen an, welche Alternativlösungen möglich wären.

Der Ansatz „Good Praticce“ bietet die Chance, die Wissenschafts-Praxis-Lücke zu überbrücken. „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ birgt die Gefahr realitätsferner Konzepte und Anforderungen.

Der BZgA schreibt dazu:“Die ambitionierten Beispiele zeigen vielmehr, wo bis zur Umsetzung vorbildlicher Praxis noch Zwischenschritte notwendig sind, oder wo dieses Ziel unter den jeweiligen Bedingungen nicht zu erreichen ist. Der Informationsfluss zwischen Wissenschaft und Praxis wird beidseitig:  
**Evidenzbasierte Praxis trifft praxisbasierte Wissenschaft.“**

Der neue Heilmittel-Report 2008 bringt neben mittlerweile altbekannten Übersichten über die Verordnungsmengen im Heilmittelbereich auch einen guten Überblick über den aktuellen Forschungsstand in der Ergotherapie.

Gerade hier sind die Grenzen der evidenzbasierten Praxis recht eindeutig zu sehen. Immer wieder lautet dort die Aussage, dass eine positive Wirkung bei moderater Evidenz vorliegt, oder dass die Studien nicht zu signifikanten Ergebnissen führten. Das gilt beispielsweise sowohl für die Rheumatoide Arthritis als auch für die Arm- und Handmotorik und bei Einsatz von Ergotherapie bei entwicklungsbedingten Koordinationsstörungen.

Bei diesen Krankheitsbildern hat die Ergotherapie bereits durch Ihr Berufsbild jedoch vielfältige Aufgaben zu erfüllen.

Es geht nicht nur um den Aspekt der besseren Handbeweglichkeit oder einer verbesserten Koordination, sondern auch um Hilfsmittelberatung, Beratung der Angehörigen bzw. des Umfeldes, die psychosoziale Stärkung des Betroffenen, die Einbindung der Maßnahmen in den Alltag.

Hier stellt sich selbiger Sachverhalt wie in der Prävention.

**Wirksamkeit komplexer ergotherapeutischer Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten, lassen sich nicht in einer randomisierten kontrollierten Studie nachstellen und überprüfen.**

Daher sollte selbiges Vorgehen wie in der Prävention zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der Ergotherapie angestrebt werden:

Bei der Entwicklung der Good-Practice-Kriterien wurden die folgenden Forschungsergebnisse, die bereits entwickelten Instrumente und vorliegenden Erfahrungen berücksichtigt, geprüft und integriert:

- die nationale und internationale Forschung zum Bereich Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung, (Helmert, A. (2003), Mielck, A.(2000), Mackenbach, J.,Bakker,M (2002)(eds.), International Union for Health Promotion and Education (1999), Gepkens,A.,Gunning-Schepers,L.J. (1996))
- die „Good Practice“ – Kriterien des Bund-Länder-Programms "Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- die soziale Stadt" des Deutschen Instituts für Urbanistik (Juni 2002),
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Kliche,T.,Töppich,J., Kawski,S.,Koch,U., Lehmann,H. (2004)
- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von VertreterInnen von Praxis-Projekten und -Maßnahmen der Projektdatenbank.

Die 12 Kriterien Guter Praxis

Auf der Grundlage der genannten Ergebnisse, Instrumente und Erfahrungen hat der Beratende Arbeitskreis und die Unterarbeitsgruppe Good Practice 12 Kriterien zur Identifikation und Bewertung von Beispielen Guter Praxis der Gesundheitsförderung

bei sozial Benachteiligten entwickelt. Diese Kriterien wurden im September 2004 konsentiert und zur Verwendung, Prüfung und evtl. weiteren Entwicklung an die inzwischen etablierten "Regionalen Knoten" des Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" gegeben.

Es wurde (bis auf weiteres) festgelegt, dass ein Projekt nicht allen 12 Kriterien genügen muss, um als gutes Beispiel gelten zu können. Damit sollen auch Projekte, die nur in einzelnen Kriterien vorbildlich sind, für den Transfer ihrer Erfahrungen genutzt werden können. Die Erfüllung der Kriterien 1 und 2 wurde jedoch als „Mindeststandard“ festgelegt, um in den Auswahlprozess und die Liste(n) der „Good Practice“-Beispiele zu kommen (Stand 11/05).

Die zwölf Good Practice Kriterien des Kooperationsverbundes

„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf einen Blick.

## Die zwölf Kriterien von **Good Practice**

Konzeption, Selbstverständnis	Zielgruppe	Innovation und Nachhaltigkeit	Multiplikatorenkonzept
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Partizipation	Empowerment	Settingansatz
Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung	Qualitätsmanagement/-entwicklung	Dokumentation und Evaluation	Kosten-Nutzen-Relation

**GOOD PRACTICE**   
in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

### **Regionale Knoten in den Bundesländern:**

In Deutschland werden viele Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung auf Länderebene gesetzt.

Neben dem bundesweiten Austausch ist daher gerade auf Länderebene eine Koordination sinnvoll.

Die regionalen Knoten fördern eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene, verbessern den Informationstransfer zwischen den gesundheitsfördernden Angeboten und tragen so zur Stärkung des Themas wie auch zur Weiterentwicklung der Praxis bei.

Einen Überblick über aktuelle Aktivitäten der Regionalen Knoten finden Sie unter:  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten)

## **Erster gemeinsamer Präventionskongress**

### **Aufbauend auf den Erkenntnissen der BZgA fand am 26.02.2008 der erste gemeinsame Präventionskongress zum Thema Qualität statt:**

Drei große Trends bestimmen die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in reichen Ländern:

- Die Verlängerung des Lebens
- Die Dominanz chronischer Erkrankungen
- Und die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

so Prof. Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH.

Mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben sind dann möglich, wenn die Möglichkeiten der primären Prävention stärker und systematisch genutzt werden. Das Wissen muss angemessen dokumentiert, ausgewertet und an die Praxis zurückgespiegelt werden.

Dazu bedarf es eines nationalen Zentrums für die Qualität in der Prävention beispielsweise in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Damit die festgelegten Regeln für Prävention und Qualitätssicherung für alle gelten ist die Manifestierung dieser mittels des Bundespräventionsgesetzes sinnvoll.

Es wurden für diverse Settings wie die Kindertagesstätte, die Schule, der Betrieb, Qualitätssicherungsverfahren auf dem Kongress vorgestellt.

Ergebnis: Erste Ansätze sind da, jedoch ist das Entwicklungspotential aller vorgestellten Möglichkeiten noch groß, so dass eine bundesweite Einführung noch in weiter ferne liegt.

Einzig das Verfahren QIP ( Qualität in der Prävention von Thomas Kliche und Jürgen Töppich) welches die Durchführungsqualität präventiver Maßnahmen untersucht und dabei gezielt die Maßnahmen verbessert, sowie die Wirksamkeit von Aktivitäten zur Prävention abschätzt, gilt bereits als gesichert und erhielt von allen Beteiligten eine positive Resonanz, auch bei der Handhabbarkeit.