

Personalisierte Rehabilitation

Zur praktischen Anwendung der ICF-Systematik am Beispiel Rehasentrum Kitzbühel

Der grundsätzliche Ansatz und die Arbeitsweise in der medizinischen Rehabilitation haben sich in den letzten Jahren stark gewandelt: Ärzte, Pfleger und Physiotherapeuten werden heute durch Massage- und Lymphtherapie, Ergotherapie, Psychologie, Diätologie, Logopädie, Sportwissenschaft, Orthopädietechnik und Sozialdienste ergänzt. Die Mediziner spielen hier eine zentrale Rolle: Sie koordinieren das interdisziplinäre Team, behandeln (Begleit-)Erkrankungen und entscheiden letztendlich, welche Therapieschritte wann gesetzt werden. Der Arzt ist hierbei Ausführer und Überwacher zugleich: Er analysiert, steuert und beobachtet den gesamten Rehabilitationsprozess. Dies wird auch im aktuellen Rehabilitationsplan 2016 erläutert, wonach „... Rehabilitation immer an einen endverantwortlichen Arzt gebunden ...“ ist.

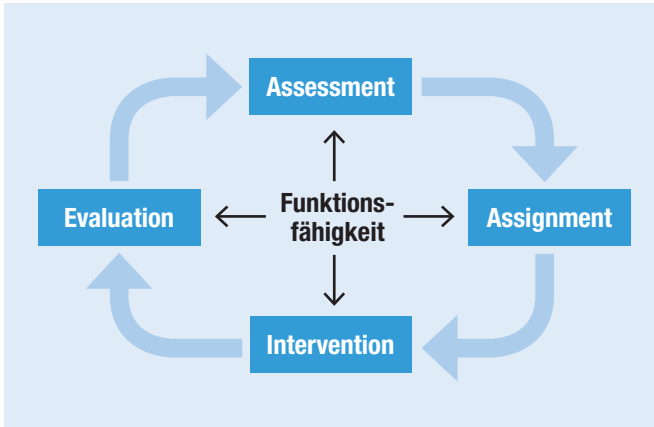
Michael Fischer

Am Beginn und auch während der Rehabilitation wird mittels objektiver Messwerte, Tests und Fragebogen überprüft, welcher Status der „funktionellen Gesundheit“ vorliegt, welche Fähigkeiten (Funktionsfähigkeiten) vorhanden sind und welcher Fortschritt stattfindet (= Assessment). Die Rehabilitationsziele orientieren sich in erste Linie an den Erwartungen des Patienten und an den Vorgaben seitens der Akutmedizin (kurativen Medizin). Im therapeutischen Team werden diese Ziele gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und laufend evaluiert. Dementsprechend werden dann der individuelle Therapieplan erstellt (= Assignment) und die therapeutischen Maßnahmen durchgeführt (= Intervention). Zu klären ist, ob eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, ob eine Rehabilitationsfähigkeit und welche Rehabilitationsprognose besteht. Alle diese Parameter bestimmen letztlich auch die Erreichbarkeit der festgelegten Rehabilitationsziele.

Gemeinsame Sprache als Basis

Ist trotz entsprechender Schritte keine Besserung festzustellen oder treten sogar neue Probleme auf, wird die Strategie, die der Arzt anfangs festgelegt hat, neu überarbeitet und angepasst. Unter Umständen muss auch eine Rückmeldung an die entsprechende Abteilung der „Akutmedizin“ (z.B. den Operateur) erfolgen.

Nicht minder wichtig ist jedoch die lückenlose Zusammenarbeit des gesamten Rehabilitationsteam. Alle am Reha-Prozess beteiligten Personen (inklusive womöglich der Angehörigen) müssen in engem Informationsaustausch stehen und sollten zu jedem



Zeitpunkt über denselben Informationsstand verfügen. Teambesprechungen sind hierfür eine wichtige Plattform. Dabei stellt die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) die Basis für eine gemeinsame Sprache dar.

Innerhalb des Behandlungsteams erfolgt eine stetige Abstimmung der Behandlungsstrategie: Wichtige Kontextfaktoren werden miteinander abgeglichen, stagnierende Fortschritte werden besprochen und allgemeine Fragen werden geklärt. Das Verständnis für die Bedürfnisse und Ziele aller Beteiligten am Behandlungsprozess ist für eine gute Kommunikation und die Qualität des Ergebnisses ausschlaggebend.

Individuelle Zielsetzung mittels ICF

Auf Basis der ICF werden auch die Wünsche und Lebensumstände des Patienten miteinbezogen. Zwei Patienten mit demselben Krankheitsbild oder denselben körperlichen Einschränkungen können dennoch im Alltag ganz unterschiedliche Bedürfnisse haben. So kann etwa der eine Schlaganfall-Patient mit halbseitiger Lähmung zuhause viel Unterstützung von seinen Angehörigen erfahren, während der andere alleine in einer Stockwohnung ohne Lift wohnt.

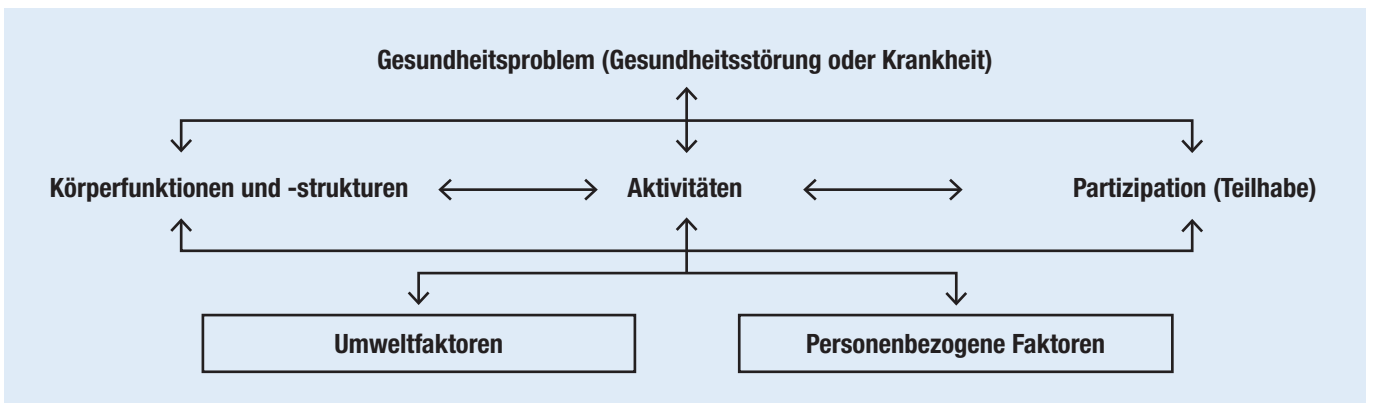
Die ICF ermöglicht somit, den funktionalen Gesundheitszustand des Patienten und die damit einhergehende soziale Beeinträchtigung zu beschreiben und somit eine transparente und nachvollziehbare Rehabilitation durchzuführen.

Individualisierung für bessere Therapieergebnisse

Gerade in den vergangenen Jahrzehnten ist eine einheitliche Systematik unverzichtbar geworden: Die Lebenserwartung steigt stetig an, gleichzeitig auch die Zahl chronischer Erkrankungen. Der Bedarf an Rehabilitation wird nicht zuletzt deshalb immer größer. Gesundheit, Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit, aber auch Selbstbestimmtheit und Teilnahme am sozialen Leben sind immer wichtigere Aspekte, die in Rehabilitationsziele mit einfließen müssen, um das Gesundheitssystem langfristig entlasten zu können. Ein Therapiekonzept nach den Kriterien der ICF ist damit nicht nur ökonomisch, sondern auch individuell das Beste für den Patienten. Ein weiterer Vorteil der ICF im Vergleich zu früheren Modellen ist ihr erneuerter Zugang. Hier wird nicht mehr defizit-, sondern ressourcenorientiert gearbeitet, und die Klassifikation kann auf alle Menschen, sei es mit oder ohne Behinderung, ganz objektiv bezogen werden. Das macht die ICF nicht nur praktikabler, sondern auch fortschrittlicher in ihrem Gedankenkonzept. Man nimmt hier bewusst Abstand von der Frage, was der Patient nicht kann. Stattdessen liegt die Konzentration darauf, was der Patient braucht. Die ICF kann hierbei auf individueller Ebene, institutioneller Ebene und sozialer Ebene eingesetzt werden. Sie beruht auf einem mehrachsigen Modell, da sie die bio-psycho-sozialen Aspekte einbezieht.

Erfolge messen und bewerten

Die ICF ist es auch, die die Ergebnisse einer Rehabilitation messbar macht: Auf ihrer Basis sollen systematische Ergebnisqualitätsmessungen erfolgen und laufend den Prozess sowie das Ergebnis evaluieren. Die ICF wird weltweit auch zur Beschreibung und Evaluierung von Gesundheitseinrichtungen, etwa Rehabilitationskliniken und Pflegeheimen, genutzt. Die Messung



und Evaluation einzelner und systematisierter Prozesse im Sinne eines Qualitätsmanagements (sprich: die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) sind heute unerlässlich und eine Voraussetzung für eine konstante Weiterentwicklung von Rehabilitationsprogrammen. Mittels ICF werden zudem auch gesundheitsökonomische Daten gesammelt, die es uns ermöglichen, Gesundheits- und Krankheitskosten zu überwachen und in weiterer Konsequenz gesundheitspolitische Strategien für die Zukunft aufzeigen zu können. Die ICF ist damit eine alltagstaugliche Methode, um Daten für die Rehabilitationsforschung zu gewinnen.

Personalisierte Therapiekonzepte

Individualisierung und Personalisierung werden in der Medizin fächerunabhängig immer wichtiger: Noch nie hat sich die Forschung so flächendeckend auf zielgerichtete, individualisierte Therapien fokussiert. Gerade in der Rehabilitation hat dies besonders Sinn: Für Sportler ist ein individuelles Trainingsprogramm schon lange gang und gäbe – dass auch Rehabilitationspatienten davon profitieren, ist nur naheliegend.

Praxisbeispiel: Rehazentrum Kitzbühel

Als Beispiel, wie eine personalisierte Rehabilitation unter Anwendung der ICF-Systematik in der Praxis aussehen kann, dient etwa das orthopädische Rehabilitationszentrum in Kitzbühel. Hier wird der neue Standard bereits praktiziert, bis Ende 2017 soll er schrittweise in allen Rehabilitationseinrichtungen der VAMED-Gruppe eingeführt werden.

Schon bei der Aufnahme gibt es für jeden Patient ein breitgefächertes aktivitäts- und partizipationsorientiertes Assessment. In umfassenden Aufnahmeuntersuchungen mittels international standardisierten Tests und Fragebögen erhebt ein interdisziplinäres Team mit Medizinern, Pflegepersonal, Psychologen, Diätologen, Physio- und Ergotherapeuten nach objektiven Messwerten den gesamten Funktionszustand des Patienten und beurteilt die körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen.

Gemessen werden hierbei unter anderem Kraft und Beweglichkeit, aber auch die psychische Verfassung des Einzelnen. Unter ärztlicher Leitung wird gemeinsam mit dem Patienten je nach erreichter Punktezahl ein individueller Therapieplan festgelegt. Der Patient selbst ist wichtiger Teil dieses Prozesses und definiert dabei gemeinsam mit dem Behandlungsteam seine persönlichen Ziele. Basierend auf messbaren Werten und dem aktuellen Fortschritt des Patienten, wird der Therapieplan auch während der Rehabilitation in interdisziplinären Therapiebesprechungen für eine bestmögliche Zielerreichung optimiert. Für eine individualisierte und optimierte Behandlung wurden in Kitzbühel insgesamt 31 ICF-basierte Rehabilitationsziele katalogisiert und 22 darauf anknüpfende, validierte Testverfahren definiert.

Es ist geplant, dass am Ende der Rehabilitation sowie drei, sechs und zwölf Monate nach Behandlungsabschluss der Patient das anfängliche Assessment wiederholt. Verbessert z.B. ein Patient mit anfänglichen depressiven Verstimmungen bei der Auswertung seines Fragebogens seinen Wert auf der Depressionsskala (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) von über 8 Punkten auf 7 oder weniger, ist sein psychischer Zustand „nicht mehr klinisch relevant“ und ein Erfolg der Therapie klar messbar. Dasselbe gilt auch für rein körperliche Ziele wie Verbesserung der Feinmotorik, Sensorik oder andere körperliche und seelische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Wurden Ziele nicht erreicht bzw. besteht noch Bedarf oder Möglichkeit zur Verbesserung, können dem Patienten für die Zeit nach der Rehabilitation weitere individuelle konkrete Behandlungsempfehlungen mit auf den Weg gegeben werden. ■



PRIM. PRIV.-DOZ. DR. MICHAEL FISCHER

Ärztlicher Leiter Rehazentrum Kitzbühel
eine Gesundheitseinrichtung der VAMED
www.reha-kitz.at



DIPLOMA Bachelor | Master

Fernstudium

Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)

Zugangsbereufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Frühpädagogik (B.A.)

Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Kindheitspädagogik (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagoge/in

Soziale Arbeit (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Psychologie (B.Sc.)/(M.Sc.) in Vorbereitung

Info unter +495722 / 28699732 | www.diploma.de