

Ergebnisse der Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation

Rehabilitationsprozess und Rehabilitationsteam

K. Müller, K. Ammer, M. Berliner, T. Bochdansky, O. Knüsel, Ch. Prager,
M. Schmidt-Dumbacher, U. Smolenski, W. Schneider, H. Schwarz*

* Konsensuskonferenz der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin und Rehabilitation von Deutschland, Österreich und der Schweiz

KURZFASSUNG

Die Konsensuskonferenz der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin und Rehabilitation von Deutschland, Österreich und der Schweiz befasste sich im August 2000 in Feldkirch/ Österreich in einem Workshop mit den Modalitäten des Rehabilitationsprozesses (Rehaprozess) und den Organisationsformen des Rehabilitationsteams (Rehateam). Die Darstellung des Rehaprozessablaufes erfolgt als dynamisches Geschehen. Die zwei möglichen Organisationsformen des Rehateams werden vorgestellt und ihre Einsatzmöglichkeiten diskutiert. Das interdisziplinäre Rehateam ist vorwiegend in Rehabilitationseinrichtungen zu finden. Dagegen herrscht das multidisziplinäre Rehateam überwiegend in Akutkrankenhäusern und im Bereich der fachübergreifenden Frührehabilitation in der Kuration vor.

SUMMARY

The task of a workshop at the consensus meeting of the three societies for Physical Medicine and Rehabilitation in Austria, Germany and Switzerland, held in Feldkirch/Austria in August 2000) was to find consensus on the organisation structure of the rehabilitation process and also on the structure of the rehabilitation team. Rehabilitation was described as dynamic process. Two ways to organize the rehabilitation team are possible and the appropriateness of either way is discussed. The inter-disciplinary form can predominately found in specialized rehabilitation hospitals. Multi-disciplinary rehabilitation teams are common in general hospitals, and are used also in early rehabilitation units, which are dedicated to curative medicine and not related to a distinct medical speciality.

Ablauf des Rehaprozesses und Organisationsformen des Rehateams im Mittelpunkt.

Die Weiterentwicklung des ICDH-2 hat sowohl in der englischen als auch der deutschen Version eine Änderung der Bezeichnung erfahren. Der Begriff Schaden, der in der Fassung von 1998 im Gegensatz zu Behinderung und Benachteiligung noch nicht positiv ungewertet worden war, wurde durch den Begriff „Körper“ ersetzt. Dieser Begriff ist missverständlich und folgt nicht den gleichen Klassifikationskriterien, die bei den Begriffen Aktivität und Partizipation angewendet wurden. Eine sprachlich bessere Alternative wäre Körperfunktion oder psycho-physische Körperlichkeit bzw. Unversehrtheit. Eine einheitliche Meinungsbildung zum Terminus wurde nicht gefunden.

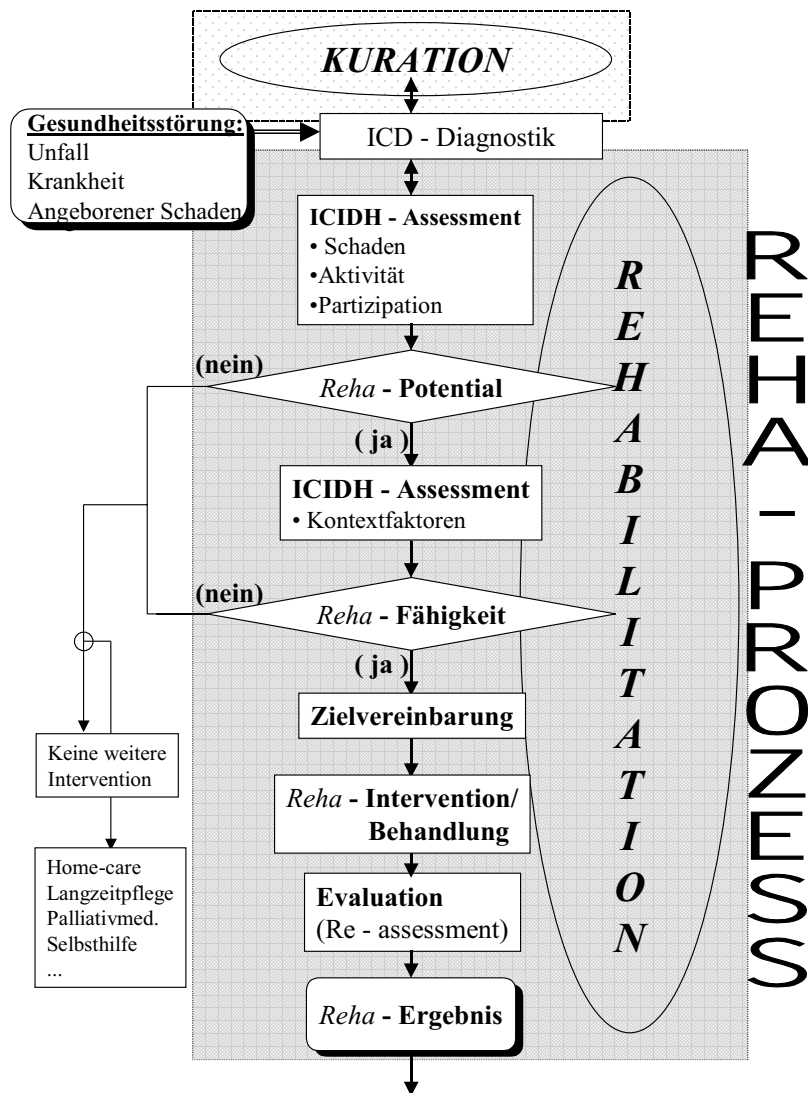
Seit August 2000 sind weitere Adaptationen des ICDH-2 erfolgt [1], zu denen jedoch noch keine Stellungnahme der Konsensusgruppe vorliegt. Immerhin zeigt der Bericht vom letzten ICDH-Konferenz in Madrid, dass für einige Teilbereiche des ICDH-2 noch kein internationaler Konsens besteht.

Reha-Prozess

Um der Dynamik des Rehaprozesses besser Rechnung zu tragen [2,3,4] wurde das Flussdiagramm überarbeitet (Abbildung1). Der Begriff des in der Fachliteratur nicht einheitlich verwandten Assignment wurde zu Gunsten einer international übereinstimmenden Diktion nicht mehr benutzt. Den Teilnehmern der Konsensuskonferenz war es wichtig, eine Zielformulierung in den Rehabilitationsprozess hineinzubringen, die vorher noch nicht vorhanden war. Einigung wurde auch in dem Punkt erzielt, dass für den Rehabilitationsprozess klare Eingangs- und Ausgangskriterien definiert werden müssen, sodass Anfang und Ende erkennbar sind und sich keine „Endlosprozesse“ ergeben.

Einleitung

In einem Workshop der Konsensuskonferenz der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin und Rehabilitation von Deutschland, Österreich und der Schweiz im August 2000 in Feldkirch/ Österreich standen der



Indikationsvoraussetzung für Rehabilitationsbehandlungen

Zurzeit existieren für die Rehabilitationsmedizin keine allgemeingültigen, wissenschaftlichen Arbeiten, welche umfassend erlauben würden, die Indikation für die Rehabilitationsbehandlung aufgrund normierter Funktionsdiagnostik-Ergebnisse und Prediktoren zu stellen.

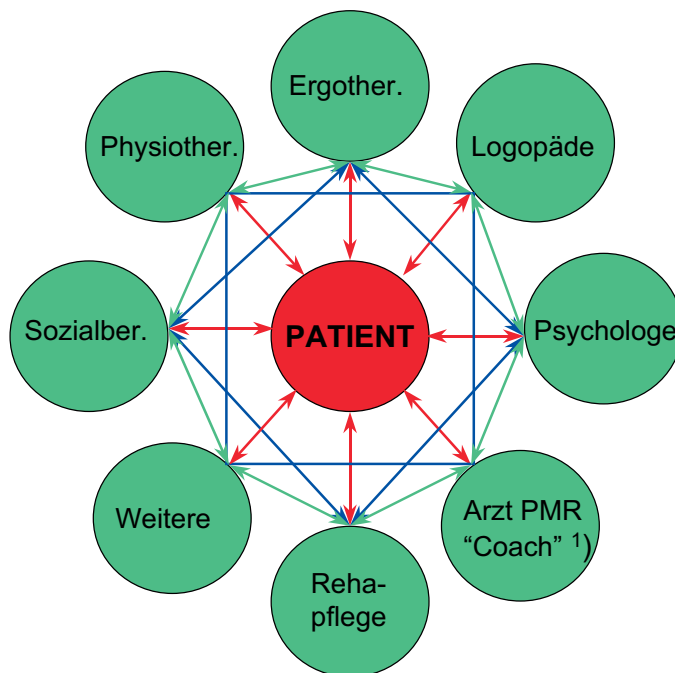
Die Rehabilitationsbehandlung beginnt mit einer assessmentgestützten, sich am Rehabilitationsbedarf des Patienten orientierten Zielvereinbarung zwischen Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer. Der Rehabilitationsbedarf lässt sich auf den ICIDH-2 -Ebenen Körperfunktion, Aktivität, Partizipation und Kontext beschreiben. Der Rehabilitationsprozess wird auf

der Basis der Zielvereinbarung und des Rehabilitationspotenzials des Patienten geplant und durchgeführt. Die Bestimmung der Angemessenheit, der Notwendigkeit, des Umfangs und der Intensität der Rehabilitationsbehandlung erfolgen unter Zuhilfenahme von anerkannten Assessment-Instrumenten (z.B. FIM [=Functional Independent Measure], EBI [=erweiterter Barthel-Index], SF36 [=Short Form Health Survey 36]).

Für jeden Patienten ergibt sich ein dem individuellen Rehabilitationsbedarf angepasstes Rehabilitationsprogramm, das sich aus dem Einsatz der folgenden Interventionsmodule zusammensetzen kann:

Abbildung 2

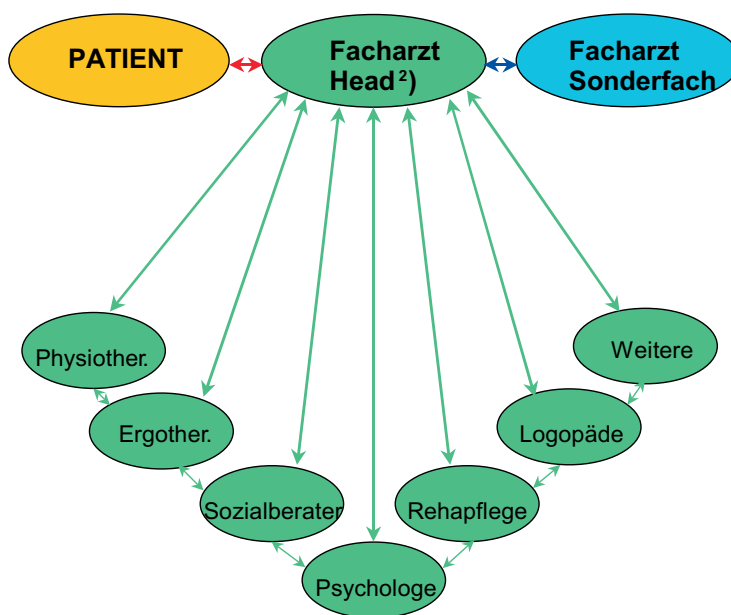
Rehabilitation interdisziplinäre Teamorganisation



1.) Coach: der Coach entscheidet, wenn die Meinungen der verschiedenen (inter) Teammitgliedern und Disziplinen nicht übereinstimmen

Abbildung 3

Rehabilitation multidisziplinäre Teamorganisation



2) Head: setzt durch Anordnung die vielen (multi) Rehaspezialisten direkt ein, unter den Disziplinen finden höchstens fallweise Absprachen im Sinne der Organisation und notwendigen Fachinformation statt.

- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Klinisch rehabilitative Psychotherapie
- Rehabilitative Pflege und Betreuung
- Neuropsychologisches Training
- Patientenschulung- und Information
- Kreative Therapie (Musik, Malen, Tanz, Kunst)
- Sozialberatung
- Rehabilitative Diätetik (Ernährungsberatung,-schulung)
- Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen

Organisationsformen des Rehateams

Aus der Literatur lassen sich unterschiedliche Modelle ableiten [6,7] Zwei Modelle lassen sich nach Konsens der Gesellschaften auf die Struktur der am Rehaprozess [7] beteiligten Teams übertragen. Das eher hierarchische multidisziplinäre (siehe Abbildung 3) kommt eher im Akutkrankenhaus (kurativer Bereich) zur Anwendung.

Das zweite interdisziplinäre Modell (siehe Abbildung 2), ist mehr im rehabilitativen Bereich zu finden.

Verantwortlichkeit des Facharztes PMR in den verschiedenen Versorgungssystemen

Versorgungssysteme

- stationäre Rehabilitation in der Reha-Klinik
- stationäre Rehabilitation im Akutkrankenhaus / -spital – Modell I
- stationäre Rehabilitation im Akutkrankenhaus / -spital – Modell II
- teilstationäre Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation
- Facharztpraxis

In den einzelnen Versorgungssystemen (Organisationsformen der Rehabilitation) existieren verschiedene Verantwort-

Otto Bock

A U S T R I A



Mehr Freiheit für Rollstuhlfahrer!

Hier erklären wir Ihnen die Freiheit. Und den neuen Voyager von Otto Bock!

Ein revolutionäres, offenes Rollstuhl-Konzept sorgt jetzt für mehr Freiheit und Mobilität: der neue Voyager von Otto Bock. So wird man mit dem Voyager unabhängig. Vor allem dann, wenn es um das leichte Handling des Rollstuhls und das Manövrieren auf engsten Räumen geht. Ein leichtes Chassis in Open-Frame Design und vielfältige, individuelle Anpassungsmöglichkeiten - stufenlose Einstellung der Schwerpunktlage, abklappbare, winkelverstellbare Rückenlehne, einstellbare Sitzhöhe und Unterschenkellänge, optionale Radnabenbremse - machen den Voyager zum idealen Partner für Alltag und Sport. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Fachhandel.

Tabelle. 1
Organisationsformen der Rehabilitation und Reha-Teamorganisation

	Organisation der Rehabilitation	Konzept der Rehabilitation	Verantwortung Facharzt PMR	Stellung Facharzt PMR
Stationäre Rehabilitation				
In Rehaklinik	Multiprofessionell mit Rehakonferenz (a)	interdisziplinär ¹⁾	Medizinische Gesamtverantwortung Rehatherapeutische Gesamtverantwortung	Coach (Linienverantwortung)
Im Akutkrankenhaus mit Reha-Abteilung	Multiprofessionell mit Rehakonferenz (a)	interdisziplinär ¹⁾	Medizinische Gesamtverantwortung Rehatherapeutische Gesamtverantwortung	Coach
im Akutkrankenhaus auf Basis Konsilium für Rehabilitation	Multiprofessionell mit Verordnung (strukturiertes therapeutisches Reporting)	multidisziplinär ²⁾	Therapeutische Gesamtverantwortung	Konsiliarus Leiter des Rehateams (Stabfunktion)
Teilstat. Rehabilitation				
Teilstationäre Rehabilitation	Multiprofessionell mit Rehakonferenz (a)	interdisziplinär ¹⁾	Medizinische Gesamtverantwortung Rehatherapeutische Gesamtverantwortung	Coach (Linienverantwortung)
Ambulante Rehabilitation				
ambulante Rehabilitation in spezieller Institution	Multiprofessionell mit Rehakonferenz (a)	interdisziplinär ¹⁾	Medizinische Gesamtverantwortung Rehatherapeutische Gesamtverantwortung	Coach (Linienverantwortung)
In Facharztpraxis	Oligoprofessionell mit Verordnung häufig an externe Rehaspezialisten	Kein Rehateam	Medizinische Gesamtverantwortung in der Stellung als Facharzt	niedergelassen

¹⁾ interdisziplinär: keine Hierarchistufe

lichkeiten des Facharztes PMR und unterschiedliche Rehateamorganisationen (siehe Tab. 1).

Medizinische Gesamtverantwortung

Wenn die medizinische Gesamtverantwortung beim Facharzt für Physikalische (und Rehabilitative) Medizin liegt (Beispiele 1, 2/I, 3, 4), zeichnet sich das optimale Kommunikationsmodell durch eine flache Hierarchie (eine Entscheidungsebene) im Reha- Team („interdisziplinäres Modell“) aus.

Letzte Entscheidungskompetenz hat der Facharzt für PMR

Therapeutische Gesamtverantwortung

Ist der Facharzt für PMR als Konsiliararzt tätig, dann zeigt das Kommunikationsmodell eine stärker hierar-

chische Struktur („multidisziplinäres Modell“). Der Facharzt für PMR leitet das Team. Die Gesamtverantwortung bleibt beim primär behandelnden Facharzt.

Es ist vorgesehen, dass eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung der ersten sechs Konsensuskonferenzen veröffentlicht wird. Inhalt der Broschüre sollen Definitionen und Klassifikationen sowie die rechtlichen Grundlagen der Rehabilitation in den einzelnen Ländern sein. Neben der Darstellung des Rehaprozesses und der Assessments, der Organisationsstruktur des Rehateams und der Organisationsformen ist die Stellung des Rehabilitationsfacharztes unter Berücksichtigung von Aspekten der Aus- und Weiterbildung in den einzelnen Ländern ein wesentlicher Punkt.

In Zukunft wird die Konsensuskonferenz der deutschsprachigen Fachgesellschaften sich in die Entwicklung

von krankheitsspezifischen Core Sets [7] einbringen. Eine weitere Aufgabe besteht in der Analyse der Fortentwicklung auf dem Gebiet der Rehabilitation und deren Mitgestaltung.

Literatur

1. Schuntermann MF: ICIDH und Assessments .Phys Med Rehab Kuror 2001; 11: 28-36
2. Ammer K., Berliner M., Bochdansky T, Diserens Karin, Heinz Chr, Knüsel O., Müller K., Prager Christine, Rentsch H.-P., Schneider W., Schwarz H., Smolenski U., Villiger B. (1998): „Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation am 07.-09.08.1998, Thurgauer Klinik St. Katharinental, CH-8253 Diessenhofen“ Österr Z Phys Med Rehabil 1998; 8: 175-179
3. Müller K.: Ergebnisse der Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation. Phys Rehab Kur Med 1998, 84-86
4. Schneider W et al. Rehabilitation – Schweiz 1998. Schweizerische Ärztezeitung 199879, 175-179
5. De Lisa JE: Rehabilitation Medicine – Principles and Practice, J. B. Lippincott 1998
6. Delbrück H.,Haupt E.: Rehabilitationsmedizin, Urban & Schwarzenberg 1996
7. Stucki, G., Müller, K., Bochdansky, T., Schwarz, H., Smolenski, U.: Ist die ICIDH- Checkliste geeignet zur Klassifikation der funktionalen Gesundheit in der rehabilitativen Praxis? Phys Rehab Kur Med 2000; 10: 78-85

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Klaus Müller
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Sektion Physikalische und Rehabilitative Medizin
Ernst-Grube-Straße 40, 06097 Halle