

Aufgaben, Ziele und Strukturen

Die Internistische Rehabilitation

Stephan Eberhard

Präsident Arbeitsgruppe
Internistische Rehabilitation*
SGIM* Die Literaturangaben finden
sich unter www.saez.ch
→ Aktuelle Nummer oder
→ Archiv → 2012 → 37.* Arbeitsgruppe Internistische
Rehabilitation:
Dr. med. Jürg Berchtold, Reha
Chrischona, Bürgerspital Basel
Dr. med. Werner Karrer,
Luzerner Höhenklinik Montana
Dr. med. Susi Stöhr,
SUVA Luzern
Dr. med. Stefan Bachmann,
Kliniken Valens
Dr. med. Patrick Konietzny,
Klinik Adelheid, Unterägeri
Dr. med. Nic Zerkiebel,
Klinik Susenberg Zürich
Dr. med. Dieter Breil,
Kantonsspital Olten
Dr. med. Wanda Bosshard,
Hôpital de Lavaux
Prof. Dr. med. Anne-Françoise
Allaz, Universitätsspital Genf
Dr. med. Bernard Davy,
Clinique La Lignière, Gland
Dr. med. Olivier Berclaz,
Clinique Bois-Bougy, Nyon
Dr. med. Josef Perseus, Zürcher
Höhenklinik Davos ClavadelKorrespondenz:
Dr. med. Stephan Eberhard MBA
Berner Klinik Montana
CH-3963 Crans-Montanaeberhard.stephan[at]
bernerklinik.ch

Die Rehabilitation ist ein wichtiger und wachsender Bestandteil der modernen Medizin. Bei der zunehmenden Multimorbidität der Rehabilitationspatienten kommt dem Facharzt für allgemeine Innere Medizin sowie dem Bereich der Internistischen Rehabilitation immer grössere Bedeutung zu [1]*. Die Arbeitsgruppe Internistische Rehabilitation der SGIM legt im folgenden und im Anschluss an den 2007 erschienenen Artikel von Werner Karrer in der Schweizer Ärztezeitung [2] zur Internistischen Rehabilitation ein Strukturpapier vor, das Vorschläge als Empfehlungen beinhaltet und als Diskussionsgrundlage für zukünftige Entwicklungen im Bereich der Internistischen Rehabilitation dienen soll.

Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist dahingehend ausgebildet, dass er fähig ist, die meisten Krankheiten des erwachsenen Menschen zu diagnostizieren, zu behandeln sowie die Langzeitbehandlung und auch die Rehabilitation sicherzustellen. Dies macht er eigenverantwortlich oder unter Hinzuziehen entsprechender Fachspezialisten [3].

In der Internistischen Rehabilitation ist der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin die Drehscheibe für die Patientenbehandlung, die er gleichberechtigt mit anderen Fachdisziplinen vornehmen kann. Unter Rehabilitationsmedizin verstehen wir die medizinische Behandlungsmethode, die zum Ziel hat, die Partizipationsfähigkeit des Patienten zu erhalten oder zu verbessern. Dabei beschreibt die Partizipation das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Die Fähigkeit, an einer Lebenssituation teilzunehmen, ist abhängig von den Funktionen und Aktivitäten, die ein Mensch in seiner üblichen Umwelt, respektive in seinem sozialen Umfeld, benötigt, um ins gesellschaftliche Leben einbezogen zu sein. Rehabilitationsmedizin erfolgt unter fachärztlicher Leitung im interdisziplinären und multiprofessionellen Team. Die Internistische Rehabilitation wird in der Regel durch den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin geleitet.

Die Rehabilitationsmedizin arbeitet immer auf vorgängig zusammen mit dem Patienten definierte Rehabilitationsziele hin, die schwergewichtig im Bereich der Partizipationsfähigkeit des Patienten angesiedelt sind. Als Denkmodell dient der Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF) [4]. Das Rehabilitationsteam wird ärztlich geführt, die Leistungen koordiniert und anhand von definierten klinischen Pfaden appliziert.

Die Sicherstellung einer adäquaten Qualität der Leistungserbringung wird in einem Qualitätsma-

agementsystem abgebildet. Wir sind überzeugt, dass die Qualitätskriterien sowohl einen minimalen Standard abbilden müssen, als auch die Weiterentwicklung des Fachgebietes der Internistischen Rehabilitation fördern sollen. Dabei soll die Anzahl der Kriterien auf ein Minimum beschränkt werden, sich nahtlos in den klinischen Alltag integrieren, eine effektive und effiziente Leistungserbringung fördern und die stete Weiterentwicklung des Fachbereichs anstossen und unterstützen.

Definition der Internistischen Rehabilitation

Internistische Rehabilitation ist ein gesundheits- und autonomieorientierter Prozess, der alle koordinierten Massnahmen medizinischer, pädagogischer und sozialer Art umfasst, die es dem Kranken ermöglichen, krankheits- oder therapiebedingte Einschränkungen zu überwinden und wieder eine optimale physiologische, psychologische und soziale Funktionalität zu erlangen, in der Art, dass er sein Leben aus eigener Kraft in grösstmöglicher Autonomie gestalten und seinen Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen kann.

Naturgemäss gibt es Überschneidungen zur geriatrischen Rehabilitation, onkologischen Rehabilitation und den bekannten, modern oft als organspezifische Rehabilitation bezeichneten Gebieten (z. B. pulmonale Rehabilitation, kardiale Rehabilitation, muskuloskeletale Rehabilitation und teilweise auch zur neurologischen Rehabilitation). Betrachtet man den Menschen als eine bio-psycho-sozio-spirituelle Einheit, so ist evident, dass eine Aufteilung in verschiedene Fachdisziplinen dem Behandlungserfolg nicht immer förderlich ist. In den oft komplexen Situationen bietet sich eher eine multiprofessionelle Zusammenarbeit an. Aufgrund seiner breiten Weiterbildung ist der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin eine ideale Instanz, um aus den vorhandenen Fachkompetenzen die notwendigen Schlüsse zu ziehen und die Synthese für die Behandlung interner Patienten zu erstellen.

Indikatoren**Aufnahmeindikatoren**

Die Rehabilitationsindikation ist vom Behinderungsgrad und vom Rehabilitationspotential abhängig. Der Behinderungsgrad umschreibt primär, wie weit der Betroffene in seiner autonomen Lebensführung (Partizipation) eingeschränkt ist. Sekundär werden Struktur-, Funktions- und Aktivitätseinschrän-

kungen beschrieben. Das Rehabilitationspotential kann man dahingehend definieren, dass bei gegebener Einschränkung sowohl ein realistisches Rehabilitationsziel auf Partizipationsebene, als auch eine entsprechende Motivation für die Rehabilitationsbehandlung bei Patient und Umfeld vorliegen.

Spezifische Indikationen kann man z. B. wie folgt ausdrücken:

- Internistische Erkrankungen, die eine rehabilitationswürdige Partizipationsstörung verursachen, bei gegebenem Rehabilitationspotential
- Partizipationseinschränkungen bei Vorliegen mehrere, aktiver und behandlungsbedürftiger Krankheiten und Leiden (auch postoperative Zustände)
- Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe u. a. im Bereich der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der interpersonellen Beziehungen, dem Broterwerb, der Freizeitgestaltung, dem Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen, bedeutender Lebensbereiche (Schule, Ausbildung, Spiritualität) sowie dem gemeinschafts-/sozialen und staatsbürgerlichen Leben.

Für den Übertritt in die Rehabilitationsabteilung oder das ambulante Rehabilitationsprogramm sollte der apparative und personell aufwendige Teil der Diagnostik abgeschlossen sein. Die Pflege und Behandlungsführung muss in der Rehabilitationseinrichtung garantiert werden können.

Wir schlagen vor, dass jede Rehabilitationseinrichtung Aufnahmekriterien im Rahmen der vorhandenen Aufträge und Kompetenzen erstellt. Generell

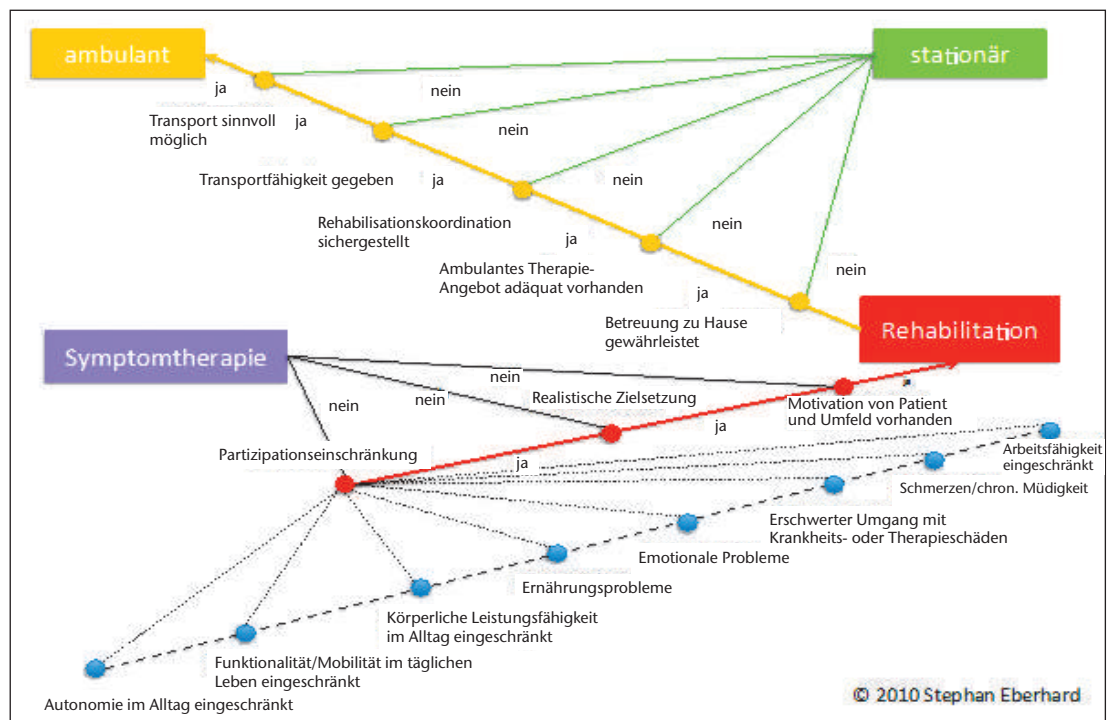
kann die Indikation sowie die Zuteilung in ambulante und stationäre Einrichtungen nach folgendem, von der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz übernommenem Schema [5] geschehen (Abb. 1).

Prozessindikatoren

- Eine Einrichtung für Internistische Rehabilitation verfügt über an das Patientengut angepasste klinische Behandlungspfade. Ebenso sind der Aufnahme-, der Entlassungsprozess und der Zielsetzungsprozess definiert.
- Die Einrichtung verfügt über wirkungsvolle Instrumente der Prozesskoordination.
- Die Zielsetzung auf Ebene der Partizipation ist für jeden Patienten individuell dokumentiert.
- Für spezielle Fragestellungen je nach Tätigkeit besteht ein definierter Konsiliardienst (z. B. Chirurgie/Orthopädie, Psychiatrie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Rheumatologie, Infektiologie usw.)
- Es ist eine Notfallequipe definiert, welche die Notfallversorgung und den Basic Life Support innert Minutenfrist sicherstellt.
- Es bestehen geeignete Systeme zur Telekommunikation (z. B. Mobiltelefon, elektronisches Dossier internetbasiert usw.), damit jederzeit ein Arzt erreichbar ist, der entsprechende Sofortmassnahmen einleiten kann.
- Der ärztliche Dienst ist bei medizinischer Notwendigkeit jederzeit nach spätestens 15 Minuten am Patienten.
- Die Einrichtung führt regelmässige Outcome-messungen durch.

Abbildung 1

Algorithmus zur Bestimmung, ob stationäre oder ambulante internistische Rehabilitation indiziert ist.



Speziell für stationäre Einrichtungen:

- Tägliche Therapieanpassungen sind möglich.
- Der Zugang zu weiterführenden Untersuchungen (Röntgen, Labor, EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Spirometrie usw.) ist sichergestellt.
- Verfahren zur Schnittbilduntersuchung stehen innerhalb von ca. 30 Minuten Fahrdistanz zur Verfügung.

Personalressourcen (stationäre Einrichtung)

- Die ärztliche Leitung ist zu 80% festangestellt.
- Die ärztliche Leitung:
 - verfügt über einen Facharzttitel für allgemeine Innere Medizin plus 2 Jahre Erfahrung in Rehabilitationsmedizin an einer anerkannten Einrichtung.
 - verfügt über einen Facharzttitel für Physikalische Medizin und Rehabilitation plus 3 Jahre Erfahrung in Allgemeiner Innerer Medizin an einer anerkannten Einrichtung.
 - erfüllt idealerweise das Fortbildungsprogramm der SGIM und der SGPMR.
 - Alternativ: Obige Qualifikationen sind im Kaderärzteteam vorhanden und die Fortbildungspflicht ist erfüllt. Die Kaderärzte sind je zu mindestens 50% festangestellt.
- Pflege mit Niveau Bachelor ist garantiert.
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Klinische Psychologie
- Sozialdienst
- Ernährungsberatung
- Diätkoch

Je nach Indikationsspektrum in der Rehabilitationsklinik oder in Kooperation mit anderen Institutionen vorhandene Kompetenzen:

- Stomaberatung
- Diabetesberatung
- Logopädie/Schlucktherapie
- Orthopädieschuhmacher/Orthopädietechniker
- Sozialarbeiter
- Spitalseelsorge

Minimales Behandlungsangebot**(vor allem stationär)**

- Kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten durch den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin
- Mindestens eine diplomierte Pflegekraft 24 Stunden am Tag anwesend
- Invasive Pflege möglich (Infusion, Ernährungs sonden)
- Physiotherapie individuell und in Gruppen
- Ergotherapie individuell und in Gruppen
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung und -therapie individuell und in Gruppen
- Sozialdienst
- Bei Bedarf können gemäss dem Indikationsspek-

trum der Einrichtung weitere Spezialitäten beigezogen werden.

Outcomekriterien

Die Rehabilitationseinrichtung definiert Outcomekriterien und führt bei jedem Patienten Outcomemessungen durch.

Als Outcomekriterien kommen beispielsweise in Frage:

- 6-Minuten-Gehtest
- Timed-get-up-and-go-Test
- Erfassung der Partizipationsfähigkeit (z. B. WHO-DAS II) [6]
- Zielerreichung auf Partizipationsebene (gemäss ANQ) [7]

Je nach Indikationsbereich kann die Klinik weitere Messungen definieren.

Schlussüberlegungen

In der Rehabilitation allgemein und in der Internistischen Rehabilitation speziell besteht eine grosse Chance für die Zukunft, neben der Krankheitsbehandlung auch die vom Patienten selbst wahrgenommene Gesundheit zu verbessern, indem Einschränkungen in der Partizipationsfähigkeit vermindert werden. Problematisch erscheint die zunehmende Aufteilung in die sogenannten organspezifischen Rehabilitationsangebote. Die Rehabilitationsmedizin geht immer von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, was einer organzentrierten Rehabilitation entgegensteht. Gerade dieses ganzheitliche Menschenbild, gepaart mit der Fähigkeit, die Befunde der verschiedenen somatisch und psychisch orientierten speziellen Fachbereiche in ein Behandlungskonzept zu integrieren, zeichnen den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin aus [8, 9].

In den nächsten Jahren ist es wünschenswert, die Forschungsanstrengungen im Bereich der Inneren Medizin auch auf die Rehabilitation zu richten. Einen Schwerpunkt hierbei stellt sicher die Outcome-Forschung dar. Bisher ist die Studienlage spärlich und die vorliegenden Empfehlungen entsprechen einem Expertenkonsens, wobei vor allem Analogieschlüsse vonseiten der vorhandenen Studien zur onkologischen Rehabilitation abgeleitet werden können.

Dieser Text versteht sich als Diskussionsgrundlage, aber auch als Aufruf an alle an der Rehabilitation beteiligten ärztlichen und paramedizinischen Fachgesellschaften, jetzt gemeinsam am Rehabilitationsangebot der Zukunft zu bauen. Dies insbesondere bei der sich abzeichnenden Knappheit von medizinischem Fachpersonal (Ärzte, Pflege ...), den steigenden normativen Anforderungen vonseiten Politik und Gesetzgebung und der gesetzlichen Notwendigkeit, bis 2015 einen neuen Rehabilitationstarif zu entwickeln, was eine neue Betrachtungsweise des Fachgebietes notwendig macht. Gemeinsames Ziel soll es sein, eine nutzenstiftende Rehabilitationsbehandlung für alle Patientinnen und Patienten der Schweiz zugänglich zu machen, sei sie nun ambulant oder stationär.

Literatur

- 1 Zürcher Spitalplanung 2012. Teil 2: Strukturbericht. www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/strukturbericht.html#subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-de-themen-behoerden-spitalplanung_2012-strukturbericht-jcr-content-contentPar-download-folder (23.9.2011).
- 2 Karrer W et al. Die Internistische Rehabilitation. *Schweiz Ärztezeitung*. 2007;88(40):1672–4.
- 3 Weiterbildungsordnung Innere Medizin, 1.1.2011.
- 4 www.who.int/classifications/icf/en/
- 5 Eberhard S. Rehabilitation. In: Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015. S. 148–61.
- 6 www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/
- 7 www.anq.ch
- 8 Bauer W et al. Political issues in internal medicine in Europe: A position paper. *European Journal of Internal Medicine*. 2005;16:214–7.
- 9 Palsson R et al. Core competencies of the European internist: A discussion paper. *European Journal of Internal Medicine*. 2007;18:104–8.