

Rheumatologische Rehabilitation im Asklepios Klinikum Bad Abbach

Behandlungskonzept

"Morbus Bechterew - Spondylarthritiden"

Rehabilitationsziele und Maßnahmen zur Zielerreichung

[bei peripherer Gelenkbeteiligung s. auch Behandlungskonzept

"Rheumatoide Arthritis"]

Allgemeine Vorbemerkung:

Bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung am Anreisetag werden die Rehabilitationsziele auf den verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells nach der ICF (Funktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, Kontextfaktoren) mit den Rehabilitanden besprochen und festgelegt.

Nachfolgend werden in diesem Sinne häufige und wesentliche Rehabilitationsziele auf den verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells aufgeführt mit den jeweiligen Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung.

Ziele auf der Ebene der Funktionen und Strukturen:

Häufige Ziele auf der Ebene der Funktionen und Strukturen sind:

1. Verhinderung des Fortschreitens bzw. des Auftretens struktureller Schädigungen im weiteren Krankheitsverlauf (langfristiges Ziel)
2. Verhinderung des Fortschreitens bzw. des Auftretens irreversibler funktioneller Einschränkungen im weiteren Krankheitsverlauf (langfristiges Ziel)
3. Verbesserung bestehender Funktionseinschränkungen
4. Schmerzlinderung
5. Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Bewegungsabläufen
6. Verringerung der Entzündungsaktivität
7. Gewichtsreduktion

Ziele auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe:

Die Feststellung eingeschränkter Aktivität und Teilhabe sowie von relevanten Kontextfaktoren erfolgt im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Aufnahme, der physiotherapeutischen Erstuntersuchung und durch weitere Gespräche mit dem Rehabilitanden und Untersuchungsbefunde aus dem therapeutischen Team, insbesondere durch Arzt, Physiotherapie, Pflege, Ergotherapie, Psychologie.

Hilfreich bei der Erkennung eingeschränkter Aktivitäten ist ein spezieller, besonders auf Aktivitäten und Teilhabe abgestellter Anamnesefragebogen, den der Rehabilitand schon vorab zu Hause ausfüllt und zum Aufnahmegespräch mitbringt oder schon vorab an die Klinik schickt und somit beim Aufnahmegespräch vorliegt. Darin wird auch nach relevanten Kontextfaktoren gefragt. Zusätzlich erfolgt eine Einschätzung der Krankheitsaktivität nach dem BASDAI-Score, der Funktionseinschränkung nach dem BASFI-Score und zur Beeinträchtigung der Lebensqualität nach dem ASQoL-Score. Zur Abklärung relevanter psychischer Begleiterkrankungen erfolgt ein Screening mit HADS-D-Fragebogen

Grundsätzlich sollen die für die Rehabilitanden wichtigen und eingeschränkten oder gefährdeten Aktivitäten wieder ermöglicht bzw. erhalten werden.

Die möglichst weitgehende Teilhabe der Rehabilitanden in allen ihnen wichtigen Bereichen ist letztlich Ziel der gesamten Rehabilitation.

Häufige Ziele auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe sind:

1. Verbesserung der Fähigkeit zur Schmerzbewältigung im Alltag
2. Verbesserung der Fähigkeit zur Stressbewältigung im Alltag
3. Vermittlung und Einübung von wirbelsäulengerechten Verhaltensweisen für den Alltag, Motivation zur Durchführung eines regelmäßigen Eigenübungsprogrammes
4. Verbesserung im Bereich der Mobilität einschließlich der Benutzung von Verkehrsmitteln etc.
5. Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
6. Erhalt der Arbeitsfähigkeit, ggfs. Beratung hinsichtlich möglicher beruflicher Alternativen und Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben
7. Wiedererlangung bzw. Erhalt der Fähigkeit zu sportlicher Betätigung bzw. anderer Freizeitgestaltung

Ziele im Bereich der Kontextfaktoren:

Barrierefaktoren sollen beseitigt und positive Kontextfaktoren gefördert werden.

Häufige Ziele im Bereich der Kontextfaktoren sind:

1. Überprüfung und ggfs. Optimierung der medizinischen und medikamentösen Versorgung einschließlich einer stärkeren Kompetenz der Rehabilitanden hinsichtlich seiner Therapie und deren Überwachung im Sinne des "shared decision-making".
2. Überprüfung und ggfs. Optimierung der sozialen und Selbstversorgung
3. Überprüfung und ggfs. Optimierung der bestehenden Hilfsmittelversorgung
4. Überprüfung des bestehenden Leistungsvermögens in Bezug auf die Anforderungen am Arbeitsplatz, ggfs. Einleitung entsprechender Maßnahmen (z.B. LTA, stufenweise Wiedereingliederung)
5. Motivierung zur Mitarbeit und Vermittlung in der Deutschen Rheuma-Liga oder der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB)
6. Motivierung zur Teilnahme am Funktionstraining oder am Rehasport, Vermittlung von Kontaktadressen
7. Motivierung zu und ggfs. Verordnung von weiteren Reha-Nachsorgeprogrammen (IRENA)

8. Behandlung relevanter Begleiterkrankungen (z.B. Diagnostik, Prophylaxe und ggfs. Therapie der Osteoporose)
9. Verminderung/Beendigung des Nikotinkonsums
10. Vermittlung der Prinzipien einer gesunden, insbesondere knochengesunden Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen

Maßnahmen zur Zielerreichung im therapeutischen Team:

- a. Physio- und Ergotherapie in Einzelbehandlung sowie Gruppentherapien einschließlich physiotherapeutisch geleiteter "Bechterew-Gruppe", Qi Gong, Walking, physio- und sporttherapeutisch geleiteter Gruppen sowie MTT dienen der Verbesserung von Beweglichkeit, Kraft, Koordination, Ausdauer und Schmerzen sowie der Einübung gelenkschützender Bewegungsmuster für den Alltag und sollen die Motivation zu regelmäßiger Bewegung und Sport fördern.
- b. Durch Ergotherapie, Physiotherapie und aktivierende Pflege werden, falls erforderlich, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) eingeübt, um die Teilhabe an einem selbstversorgten Leben zu erhalten, ggfs. werden entsprechende Hilfsmittel verordnet und angepasst und/oder weitere Maßnahmen für die Zeit nach der Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Pflege-Fachkraft für Überleitung verordnet bzw. organisiert. (siehe unter c.)
- c. In Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege- und Sozialdienst werden, falls erforderlich, Maßnahmen zur Unterstützung bei der Pflege und Selbstversorgung nach der Entlassung aus der Rehabilitation eingeleitet. Eine ausgebildete Pflege-Fachkraft für Überleitung steht zur Verfügung und kann in engem Kontakt mit Rehabilitanden, Ärzten und Stationspflegedienst, ebenso mit Angehörigen und ggfs. ambulanten Pflegediensten und Hausärzten, entsprechende Maßnahmen ergreifen bzw. organisieren.
- d. In Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und dem Sozialdienst werden, falls erforderlich, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt, eine stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet, der Patient bei der Beantragung eines GdB oder bei anderen sozialrechtlichen Problemen unterstützt.
- e. Überprüfung und Optimierung der medikamentösen Einstellung, um die Symptomatik, die Aktivität und die Progression der Erkrankung dadurch so gut wie möglich zu behandeln bei möglichst optimaler Verträglichkeit. Entsprechend der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen wird die bisherige Medikation beibehalten oder ggfs. in Absprache mit dem behandelnden Rheumatologen am Heimatort modifiziert.
- f. Die Förderung des Verständnisses für die Zielsetzung der medikamentösen Therapie und für die darunter notwendigen Kontrolluntersuchungen ist uns sehr wichtig, um die langfristige Akzeptanz und sichere Durchführung einer antirheumatischen Medikation zu erreichen.

- g. Schmerzlinderung wird erzielt durch Physio-, Elektro-, Hydrotherapie, durch Lokalmaßnahmen wie Eis, Kaltluft, Quarkauflagen oder Wärme je nach Aktivität, Rapsbäder und natürlich durch eine angemessene analgetische und/oder antiphlogistische Medikation durch den Arzt in Absprache mit dem Rehabilitanden. Dieser wird motiviert und angeleitet, geeignete Maßnahmen nach Bedarf auch zuhause selbständig durchzuführen.
- h. Relevante psychische Begleiterkrankungen werden in engem Kontakt mit den Ärzten durch den psychologischen Dienst mitbehandelt, welcher zudem Autogenes Training sowie Gruppentherapien zur Stress- und Schmerzbewältigung anbietet. In enger Zusammenarbeit mit den Sporttherapeutinnen wird als weitere Entspannungsübung die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson angeboten.
- i. Durch Einzelgespräche mit den Diätassistentinnen, durch Gespräche in Gruppen zur richtigen Ernährung bei Osteoporose, Übergewicht und allgemein gesunde Ernährung sowie durch die Teilnahme am gemeinsamen Kochen mit der Diätassistentin in der Lehrküche erfahren die Rehabilitanden die Bedeutung einer gesunden und richtigen Ernährung und werden motiviert, dies in ihrem Alltag umzusetzen. Zusätzlich bietet der psychologische Dienst eine psychologisch geleitete Gruppe zur Unterstützung der Motivation zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion an.
- j. Zur Nikotinentwöhnung bieten wir die Teilnahme an einem psychologisch geleiteten Raucherentwöhnungskurs („Rauchfrei nach Hause“) an, dazu neben ausführlichen ärztlichen und psychologischen Beratungsgesprächen falls erforderlich eine kostenlose Versorgung mit Nikotinplastern.
- k. Nach den Leitlinien der DVO zur Diagnostik, Prävention und Therapie der Osteoporose führen wir eine Diagnostik mittels DXA (für Ausnahmefälle ist auch ein Q-CT vorhanden) durch. Je nach Ergebnis und bestehender Risikokonstellation kann der Rehabilitand an einer standardisierten Patientenschulung zur Prävention und Behandlung der Osteoporose teilnehmen, ggfs. wird neben den allgemeinen Maßnahmen der Prophylaxe und Therapie (Bewegung, Sport, Ernährungsberatung, s. oben) bei bestehender Indikation auch eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung (Vitamin D, Bisphosphonate etc.) begonnen bzw. weitergeführt. Die Bestimmung des Vitamin D-Spiegels in unserem Labor ist möglich.
- l. Die Patienten werden insbesondere durch Ärzte und Physiotherapeuten über die Bedeutung der Selbsthilfegruppen in der Rheumatologie informiert und zu einer Kontaktaufnahme motiviert. Prospekte und Adressen liegen auf der Station aus. Spätestens bei der ärztlichen Abschlussuntersuchung wird regelmäßig geprüft, ob Selbsthilfegruppen heimatnah vorhanden sind und ggfs. eine entsprechende Verordnung über Funktionstraining bei der örtlichen Selbsthilfegruppe ausgestellt und mitgegeben.
- m. Weitere mögliche Nachsorgemaßnahmen wie IRENA oder Rehasport werden bei bestehender Indikation, Eignung und Motivation spätestens im Rahmen der Abschlussuntersuchung verordnet.

Anhang 1:

Konkreter Behandlungspfad

Tag 1 (Anreise- und Aufnahmetag)

1. Pflegerische Aufnahme
2. Erhebung des Scores BASDAI, BASFI und ASQoL sowie des HADS-D-Scores
3. Ärztliche Aufnahmeuntersuchung
4. Im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung
 - Festlegung der Reha-Ziele gemeinsam mit dem Patienten,
 - Festlegung der therapeutischen Maßnahmen während des Aufenthaltes im Rahmen der Behandlungsstandards ,
 - Festlegung der erforderlichen Diagnostik (Ausführliches Routine-Labor bei allen Patienten, ggfs. je nach Erfordernis weitere rheumatologische Speziallabordiagnostik, Vitamin D-Spiegel, Röntgen, Sonografie, Osteodensitometrie, EKG oder weitere Untersuchungen),
 - Festlegung der Medikation

Tag 2

1. Beginn der therapeutischen Maßnahmen
2. Laboruntersuchung (Ergebnis am selben Tag vorliegend)
3. Weitere Untersuchungen wie Röntgen, DXA in den ersten Tagen
4. Physiotherapeutische Erstuntersuchung und Einweisung in die MTT

Aufenthalt

1. Durchführung der Behandlungsmaßnahmen nach Behandlungsplan (Änderungen sind jederzeit möglich)
2. Wöchentliche Visiten in der Regel durch den aufnehmenden Arzt, gemeinsam mit Ober- oder Chefarzt
3. Dabei Besprechung unter anderem von Befunden, Behandlungsfortschritten unter Berücksichtigung der Reha-Ziele, Verträglichkeit der Maßnahmen, Zwischenuntersuchung relevanter Befunde.
4. Fachärztliche Zwischenuntersuchungen und Beratungsgespräche sind jederzeit möglich auf Wunsch der Rehabilitanden, auf Anregung aus dem therapeutischen Team, aus ärztlicher Indikation.

Ein Werktag vor Abreisetag: Ärztliche Abschlussuntersuchung

1. Klinische Abschlussuntersuchung und Gespräch über die Erreichung der Rehazielen
2. Ausführliche Beratung über die weitere Medikation mit den erforderlichen Kontrolluntersuchungen,
3. Beratung über sinnvolle Physiotherapie, Ergotherapie und weitere Maßnahmen,
4. Vermittlung einer Selbsthilfegruppe,
5. Verordnung von Nachsorgemaßnahmen wie Funktionstraining, Rehasport oder IRENA

6. Nochmalige Besprechung der sozialmedizinischen Beurteilung (bei DRV-Patienten) bzw. der Versorgung nach Entlassung aus der Rehabilitation.
7. Mitgabe eines Kurz-Arztbriefes für den weiterbehandelnden Arzt mit Diagnosen, Angaben zur Arbeitsfähigkeit, Vorschlag zur Medikation und zu weiteren empfohlenen Maßnahmen, bei neu eingeleiteter Basistherapie Mitgabe eines Merkblattes zu den nötigen Kontrolluntersuchungen.

Anhang 2:

An therapeutischen Maßnahmen kommen standardmäßig zur Anwendung:

1. Ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen
2. Spezielle Behandlung in "Bechterew-Gruppe" unter physiotherapeutischer Anleitung im Trockenen und im Bewegungsbad
3. Einzel-Krankengymnastik, ggfs. Mobilisationen im Schlingenkäfig
4. Weitere Physikalische Therapie nach individueller Problematik, z.B.
 - a. Kälte / Wärme
 - b. Massagen / Manuelle Lymphdrainagen
 - c. Elektro- / Ultraschalltherapie
 - d. Schwefelbad
5. Medizinische Trainingstherapie (MTT) nach Anleitung durch Krankengymnastik, je nach Indikation auch Qi Gong, Walking, Sporttherapie (Biodex)
6. Entspannungsmaßnahmen (PMR oder Autogenes Training)
7. Psychologische Einzelgespräche bei bestehender psychischer Problematik oder auf Wunsch der Rehabilitanden
8. Nach Bedarf Teilnahme an der psychologisch geleiteten Stressbewältigungsgruppe
9. Nach Bedarf Teilnahme an der psychologisch geleiteten Schmerzbewältigungsgruppe
10. Diätberatung bei
 - a. Osteopenie, Osteoporose oder erhöhtem Osteoporoserisiko
 - b. Übergewicht
 - c. Speziellen Problemen / Stoffwechselerkrankungen
11. Sozialberatung durch den Sozialdienst, sofern erforderlich oder gewünscht (z. B. wegen LTA, GdB, Rentenverfahren, stufenweiser Wiedereingliederung)
12. Hilfsmittelberatung und ggfs. -verordnung
13. Bei Rauchern Angebot zur Nikotinentwöhnung
 - a. Psychologisch geleitete Raucherentwöhnungsgruppe
 - b. Falls indiziert, kostenloses Nikotinersatzpräparat
14. Aktivierende Pflege, soweit erforderlich