



Mona Dür; Claudia Wenzel; Patrick Simon; Iris Zoderer; Julia Vogl; Philipp Österreicher; Gerhard Tucek

Die Erfassung günstiger Therapiezeiträume als Grundlage für personalisierte Therapie

104 – Biomedizin Innovativ – patientInnenfokussierte, anwendungs-orientierte sowie interdisziplinäre Forschung am Puls der Zeit

Abstract

Der stetige technologische Fortschritt und die Errungenschaften der Medizin ermöglichen neue Formen der Gesundheitsversorgung die mit einer Personalisierung einhergehen. Unter personalisierter Medizin wird eine auf Patientinnen und Patienten maßgeschneiderte medizinische Versorgung verstanden. Obwohl die Forderung nach einem Einsatz von personalisierter Medizin immer stärker wird, gibt es bisher vergleichsweise wenig Diskurs über personalisierte (nicht-pharmakologischer) Therapie. Eine Möglichkeit die nicht-pharmakologische Therapien zu personalisieren ist die Berücksichtigung des optimalen Therapiezeitraumes, also der individuellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten um von einer therapeutischen Maßnahme maximal profitieren zu können. Da bisher unklar ist, wodurch optimale Therapiezeiträume angezeigt werden, wollten wir Indikatoren für optimale Therapiezeiträume identifizieren. Im Rahmen des Josef Ressel Zentrums für die Grundlegung einer personalisierten Musiktherapie wurden in drei verschiedenen Rehabilitationszentren insgesamt sechs Fokusgruppen mit jeweils sechs bis neun Patientinnen und Patienten beziehungsweise Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden von einer erfahrenen Person moderiert, mit zwei Tonträgern aufgenommen und anschließend Wort wörtlich verschriftlicht. Die Transkripte wurden dann von einem Team aus mehreren Forscherinnen und Forschern, entsprechend der Grounded Theory analysiert. Es konnten verschiedene Indikatoren für optimale Therapiezeiträume identifiziert werden. Die Ergebnisse der ersten Analysen werden präsentiert und anschließend diskutiert. Die Identifikation der Indikatoren ist die Voraussetzung für die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung eines optimalen Therapiezeitraumes, welches in weiterer Folge als Grundlage für die personalisierte Therapie angewendet werden kann.

Keywords:

Selbstaussfüller Fragebogen, Beobachtungsbasiertes Messinstrument, Ergebnismessinstrumente, Outcome, Klienten zentriert, Musiktherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie

Erweitertes Abstract

Der stetige technologische Fortschritt und die Errungenschaften der Medizin ermöglichen neue Formen der Gesundheitsversorgung die mit einer Personalisierung einhergehen. Unter personalisierter Medizin

wird eine auf Patientinnen und Patienten maßgeschneiderte medizinische Versorgung verstanden (Schleiden, Klingler, Bertram, Rogowski, & Marckmann, 2013). Personalisierte Medizin inkludiert unter anderem eine geschlechtssensible Medizin, das heißt die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Wahl der Untersuchungsmethode, der Diagnostik bzw. der Medikation. Zusätzlich sollten andere Person bezogene Merkmale berücksichtigt werden wie zum Beispiel das Sprachverständnis, der sozioökonomische Status, die Präferenzen der Patientinnen und Patienten und die Krankheitsaktivität. So werden heutzutage zum Beispiel Personen mit Diabetes Mellitus Typ 2 nicht alle mit dem gleichen Medikament versorgt und auch nicht zur selben Anzahl an Routineuntersuchungen eingeladen. Manche werden mit sogenannten Pens versorgt um sich ihr Insulin selbst und unabhängig von Ort sowie äußeren Umständen injizieren zu können und tragen Applikationen wie das Freestyle Libre, das eine problemlose und „stechfreie“ Blutzuckermessung ermöglicht. Andere wiederum suchen in regelmäßigen Abständen das Labor auf und werden von Angehörigen oder Ärztinnen und Ärzten versorgt. Die Ernährungsberatung die bei der Behandlung von Diabetes Mellitus Typ 2 unerlässlich ist folgt keinen allgemeinen Richtlinien mehr, sondern wird auf die jeweilige Ernährung der Patientinnen und Patienten abgestimmt (Glauber, Rische, & Karnieli, 2014). Bei Personen mit chronischen Autoimmunerkrankungen wie zum Beispiel die rheumatoide Arthritis, wird zunehmend das Behandlungskonzept „Treat to target“ angewendet. Das bedeutet die Therapie wird, genau definierten Richtlinien folgend, entsprechend der Erreichung oder Nichterreichung von gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten formulierten Therapiezielen angepasst (Smolen et al., 2016).

Obwohl die Forderung nach einem Einsatz von personalisierter Medizin immer stärker wird, gibt es bisher vergleichsweise wenig Diskurs über personalisierte (nicht-pharmakologischer) Therapie. Eine mögliche Ursache könnte sein, dass die verschiedenen Professionen der Gesundheitswissenschaften wie zum Beispiel die Ergo-, Physio- als auch die Musiktherapie entsprechend ihrem Berufsbild Klienten zentriert arbeiten, und daher die Notwendigkeit für personalisierte Therapie nicht gegeben ist. Diese Professionen stellen die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt ihrer Behandlung. Es werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Therapieziele formuliert und die Therapiemethoden und -mittel ausgewählt. Zusätzlich wird häufig während der Therapie das Anforderungsniveau an die aktuelle Verfassung und die Kapazitäten der Patientinnen und Patienten angepasst. Personalisierte, also auf die Person maßgeschneiderte, Therapie bedeutet unserer Ansicht nach den Zeitraum, das Ausmaß, die Intensität, die Methode, die Therapiemittel so zu wählen, dass die Patientinnen und Patienten von der jeweiligen Therapie maximal profitieren können.

Die Planung der Therapiezeiten basiert in der Realität der stationären Behandlung üblicherweise weitgehend auf den institutionellen Rahmenbedingungen und personellen Ressourcen. So reihen sich häufig in den Therapieplänen stationärer Patientinnen und Patienten die verschiedenen Therapieangebote aneinander, ohne Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten.

Wir gehen jedoch davon aus, dass es einen optimalen Therapiezeitraum gibt, bei dem Patientinnen und Patienten auch optimal von der Therapie profitieren können, den es künftig zu berücksichtigen gilt. In der Literatur gibt es derzeit keine Definition über den optimalen Therapiezeitraum oder die Therapiebereitschaft wie wir sie untersuchen wollen. Die Psychotherapieforschung befasst sich unter anderem auch mit Momenten und Zeiträumen, wie zum Beispiel dem Gegenwartsmoment (Stern, 2010), der Momente beschreibt, die zwischen Patientinnen und Therapeutinnen entstehen, wenn beide gegenwärtig sind, und sich gedanklich weder in der Zukunft noch in der Vergangenheit, sondern eben im Hier und Jetzt befinden. Zusätzlich werden Konstrukte erforscht wie der optimale Zeitpunkt im Therapiefortschritt für bestimmte Interventionen (z.B.: die Konfrontation), oder aber die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten sich auf zwischenmenschliche Beziehungen – in dem Fall mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten – einzulassen (Manne et al., 2010).

Die Chronopharmakologie beschäftigt sich mit der optimalen Art und Weise Medikamente einzunehmen bzw. zu applizieren, und verweist dabei auch auf entsprechende Zeiträume, wann und wie bestimmte Medikamente eingenommen werden sollen. Neben verschiedenen Applikationsformen gibt es häufig Empfehlungen zu welcher Tageszeit oder mit welchen Nahrungsmitteln Medikamente eingenommen werden sollen (Lemmer & Labrecque, 1987). Hier geht es also um den richtigen Applikations- und Einnahmezeiträumen und -Zeitpunkten von Medikamenten damit diese ihre maximale Wirkung entfalten können.

Bei nicht-pharmakologischen bzw. nicht-invasiven Therapien, gibt es Untersuchungen die zeigen, wann Patientinnen und Patienten für körperliche Anstrengung bereit sind (Tveter, Dagfinrud, Moseng, & Holm, 2014), bzw. dass eine möglichst frühe Intervention, wie die Mobilisation von Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall, zu einem deutlich schnelleren Genesungsprozess (Al-Jarrah, Nazzal, Jamous, Azab, & Maayah, 2009) beiträgt.

Im Rahmen des Josef Ressel Zentrums für die Grundlegung einer personalisierten Musiktherapie, befassen wir uns nur am Rande mit den eben erwähnten Typen von richtigen Zeiträumen. In der klinischen Praxis tauschen sich Therapeutinnen und Therapeuten immer wieder über Therapiesequenzen aus, in der das Gefühl entstand, dass diese besonders günstig oder ungünstig verliefen. Häufig sind Zuschreibungen zu den Patientinnen und Patienten zu hören, wie zum Beispiel eine gewisse Bereitschaft aktiv mit zu arbeiten bzw. ein Mangel an Mitarbeit oder Engagement. Wir gehen davon aus, basierend auf unseren Erfahrungen und den Erkenntnissen der Psychophysiologie, dass es so etwas wie sensible Phasen bzw. günstige Zeiten gibt, zu denen eine Patientin bzw. ein Patient optimal in der Lage ist, um von einer nicht-pharmakologischen Therapie zu profitieren. Es geht hier um eine sozio-emotionale und psychophysiologische Therapiebereitschaft, die nicht gleichzusetzen ist mit der Motivation von Patientinnen und Patienten oder der allgemeinen Einsicht zur Notwendigkeit einer Therapie.

Hinzu kommen die Möglichkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten die, unabhängig von der Therapie, auch als Person eine Wirkung haben. Die Möglichkeiten und „therapeutischen“ Ressourcen können tagsüber aber auch im Verlauf einer Woche variieren. Neben der grundsätzlichen Eignung und der Bereitschaft Therapie durchzuführen kann die Qualität der Therapie durch verschiedene Umstände, wie zum Beispiel Mehrfachbelastungen durch die Pflege von Angehörigen oder berufsbegleitenden Studien, beeinflusst werden. Wir gehen unter anderem davon aus, dass die Therapeutinnen und Therapeuten höchstwahrscheinlich während eines Arbeitstages unterschiedliche Kapazitäten haben, um eine personalisierte Therapie umsetzen zu können.

Der optimale Therapiezeitraum wurde bisher nicht definiert. Daher definieren wir diesen vorläufig wie folgt: Der optimale Zeitraum für nicht-pharmakologische Therapie ist, wenn sowohl die Patientin/der Patient als auch die Therapeutin/der Therapeut bereit sind um an einer Therapie teilzunehmen bzw. diese durchzuführen.

Um in der klinischen Praxis optimale Therapiezeiträume systematisch erfassen und diese nutzen zu können bedarf es entsprechender Messinstrumente. Das heißt, es ist notwendig die Frage zu klären, wie der optimale Therapiezeitraum oder die optimale Therapiezeit erfasst beziehungsweise gemessen werden kann. Es ist bisher unklar, ob der optimale Therapiezeitraum überhaupt direkt oder indirekt beobachtbar ist. Oder ist es möglich, dass nur jene Personen darüber Auskunft geben können, ob sie derzeit in der optimalen Verfassung sind, um an einer Therapie teilzunehmen bzw. diese durchzuführen, die unmittelbar involviert sind? Ist es ein Phänomen, das Therapeutinnen und Therapeuten feststellen können, sobald es auftritt? Würden auch Laien erkennen können, wann der optimale Zeitraum für eine Therapie ist? Und sind Patientinnen und Patienten in der Lage den richtigen Zeitraum zu bemerken und

zu bezeichnen? Oder aber, ist der richtige Zeitraum durch unseren biologischen Rhythmus bedingt und nur darüber erfassbar?

Bevor jedoch überlegt wird ob der richtige Therapiezeitraum mit einer Stoppuhr, einem Stimmungsbaremeter oder einem Schlafmessgerät erfasst werden kann, muss geklärt werden, was Indikatoren für den richtigen Therapiezeitraum sind.

Im Rahmen dieser Studie möchten wir herausfinden, welche Komponenten geeignet sind um den richtigen Therapiezeitraum zu beschreiben, anzuzeigen und darzustellen. Eine weitere Frage ist, ob der richtige Therapiezeitraum direkt oder indirekt beobachtbar ist, das heißt ob es ein Konstrukt ist, und wenn ja, durch welche Komponenten es konstruiert ist oder werden kann. Eine geeignete Methode um Konstrukte, wie den optimalen Therapiezeitraum, zu untersuchen, sind qualitative Forschungsmethoden. Wenn geklärt ist, wodurch sich der richtige Therapiezeitraum konstruiert, können Überlegungen gestartet werden, wie die Messung möglicher Indikatoren erfolgen kann.

In Zusammenhang mit Therapiezeiträumen bzw. der Therapiebereitschaft konnten wir anhand systematischer Literaturrecherchen verschiedene Messmethoden identifizieren. Bisher veröffentlichte und publizierte Verfahren versuchen primär andere, artverwandte Konstrukte wie Müdigkeit, Aktivität, Wachsamkeit, Energie, Erschöpfung, etc. zu erfassen, wodurch „günstige“ und „weniger günstige“ Zeiträume für Therapie nur implizit (mit-)erhoben werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass viele verwendete Begriffe und Konstrukte sehr weit gefasst sind. Dieser Umstand macht es notwendig, die Begriffe „günstige“ Zeiträume und „weniger günstige“ Zeiträume genauer zu definieren, um das Konstrukt reliabel zu erheben. Hierfür bieten sich grundsätzlich eine Fülle methodologischer Techniken und Verfahren an. Da es aber um die Erhebung möglichst alltagsnaher und verständliche Begriffe geht, sollen in die Phase der Identifikation möglicher Indikatoren Expertinnen und Experten – Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten - einbezogen werden. Eine geeignete Methode um ein breites Spektrum der bestehenden Erfahrungen und Perspektiven zu untersuchen ist die Fokusgruppe.

Im Rahmen von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und mit Therapeutinnen und Therapeuten sollten mögliche Indikatoren für optimale Therapiezeiträume identifiziert werden. Zudem wird in einer weiteren Studie untersucht, inwiefern günstige Therapiezeiträume mit psychophysiologischen Parametern, wie der Herzratenvariabilität darstellbar sind. Es werden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden angewendet und entsprechend ausgewertet bzw. miteinander verglichen. Die verschiedenen Datensätze und die Komplexität des zu untersuchenden Konstrukts des optimalen Therapiezeitraumes, erfordern einen Forschungsansatz, der eine systematische Auswertung und Kombination der verschiedenen Datensätze und eine Berücksichtigung der Komplexität erlaubt bzw. unterstützt. Ein möglicher Forschungsansatz der diese Anforderungen erfüllt ist die Grounded Theory von Glaser and Strauss (1967) und Charmaz (2014). Der Forschungsansatz der Grounded Theory hingegen unterscheidet sich von einer „klassischen“ Entstehung von Theorien, bei der häufig Perspektiven und Erfahrungen von Forscherinnen und Forschern und/oder Praktikerinnen und Praktiken das Fundament einer Theorie bilden, die dann, oft Jahrzehnte lang, überprüft und ausformuliert werden (Jaccard & Jacoby, 2009). Der Ansatz der Grounded Theory ermöglicht eine fundierte Analyse verschiedener Datenquellen und -Typen zu einem komplexen Thema und eine Generierung einer Theorie aus den Daten heraus. In der Grounded Theory wird davon ausgegangen, dass die Grundlagen einer Theorie bereits in den unterschiedlichsten Daten, die im Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse stehen, enthalten sind, die durch mehrere systematische Prozesse von reflektierten Forscherinnen und Forschern entdeckt werden können (Glaser & Strauss, 1967).

Es wurden in drei verschiedenen Rehabilitationszentren insgesamt sechs Fokusgruppen mit jeweils sechs bis neun Patientinnen und Patienten beziehungsweise Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden von einer erfahrenen Person moderiert, mit zwei Tonträgen aufgenommen und anschließend Wort wörtlich verschriftlicht. Die Transkripte wurden dann von einem Team aus mehreren Forscherinnen und Forschern, entsprechend der Grounded Theory analysiert.

Es konnten verschiedene Indikatoren für optimale Therapiezeiträume identifiziert werden. Die Ergebnisse der ersten Analysen werden präsentiert und anschließend diskutiert. Die Identifikation der Indikatoren ist die Voraussetzung für die Entwicklung eines Messinstruments zur Erfassung eines optimalen Therapiezeitraumes, welches in weiterer Folge als Grundlage für die personalisierte Therapie angewendet werden kann.

Literaturverzeichnis

Al-Jarrah, M. D., Nazzal, M. E., Jamous, M. A., Azab, M. A., & Maayah, M. F. (2009). Association between the functional independence measure and Glasgow coma scale regarding the rehabilitation outcomes of traumatic brain injury. *Neurosciences (Riyadh)*, 14(1), 41-44.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2 ed.). Great Britain: SAGE Publications Ltd.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. USA, Chicago: Aldine transaction.

Glauber, H. S., Rishe, N., & Karnieli, E. (2014). Introduction to personalized medicine in diabetes mellitus. *Rambam Maimonides Med J*, 5(1), e0002. doi:10.5041/rmmj.10136

Jaccard, J., & Jacoby, J. (2009). *Theory Construction and Model-Building Skills (Methodology in the Social Sciences)*. London: Guilford Press.

Lemmer, B., & Labrecque, G. (1987). Chronopharmacology and chronotherapeutics: definitions and concepts. *Chronobiol Int*, 4(3), 319-329.

Manne, S., Winkel, G., Zaider, T., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman, C. (2010). Therapy processes and outcomes of psychological interventions for women diagnosed with gynecological cancers: A test of the generic process model of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 78(2), 236-248. doi:10.1037/a0018223

Schleiden, S., Klingler, C., Bertram, T., Rogowski, W. H., & Marckmann, G. (2013). What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic literature review. *BMC Medical Ethics*, 14(1), 55. doi:10.1186/1472-6939-14-55

Smolen, J. S., Breedveld, F. C., Burmester, G. R., Bykerk, V., Dougados, M., Emery, P., . . . van der Heijde, D. (2016). Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75(1), 3-15. doi:10.1136/annrheumdis-2015-207524

Stern, D. N. (2010). *Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Deutschland, Frankfurt: Brandes & Apsel Verlag.

Tveter, A. T., Dagfinrud, H., Moseng, T., & Holm, I. (2014). Measuring health-related physical fitness in physiotherapy practice: reliability, validity, and feasibility of clinical field tests and a patient-reported measure. *J Orthop Sports Phys Ther*, 44(3), 206-216. doi:10.2519/jospt.2014.5042