

Die Gehfähigkeit beurteilen

FUNCTIONAL AMBULATION CATEGORIES (FAC) Das Assessment „Functional Ambulation Categories“ eignet sich, um herauszufinden, wie viel Unterstützung ein Patient nach beispielsweise einem Schlaganfall beim Gehen benötigt. Das Ergebnis ist entscheidend, wenn es darum geht, ob der Patient nach dem Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause kann.

Bei neurologischen und geriatrischen Patienten ist die Gehfähigkeit oftmals ein wichtiger Parameter, um Therapiefortschritte sichtbar zu machen. Sich selbstständig fortzubewegen, ist außerdem häufig Voraussetzung, um nach einem Krankenhausaufenthalt wieder ins gewohnte häusliche Umfeld zurückkehren zu können. Bei vielen Patienten ist die Mobilität jedoch beeinträchtigt: Nach einer Untersuchung des Berliner Neurologen Prof. Dr. Stefan Hesse sind circa 25 Prozent der Patienten drei Monate nach einem Schlaganfall immer noch an den Rollstuhl gebunden, und bei 70 Prozent der mobilen Patienten nach Schlaganfall sind die Gehfähigkeit und die Ausdauer deutlich verringert [1].

Um die Gehfähigkeit von neurologischen und geriatrischen Patienten zu bewerten und Fortschritte in der Therapie festzustellen, sind die Functional Ambulation Categories (FAC) empfehlenswert – sei es in der Frührehabilitation, der weiterführenden Rehabilitation oder im ambulanten Setting. Der Therapeut beobachtet den Patienten hierfür während der Therapie oder anhand einer kurzen Videosequenz. Alternativ kann eine Pflege- oder Bezugsperson beschreiben, wie viel Unterstützung der Patient aktuell

benötigt. Die anschließende Beurteilung mittels Ordinalskala dauert weniger als eine Minute. Erhebung und Auswertung der FAC gehen sehr schnell, sodass sich dieses Assessment hervorragend für die Praxis anbietet.

Die FAC sind schnell und einfach durchführbar.

Mobilität in wenigen Minuten bewertet > Die FAC bestehen aus einer sechsstufigen Skala (» Tab., S. 35):

- > Patienten mit einem FAC-Wert von „0“ sind nicht gehfähig.
- > Der Wert „1“ zeigt, dass die Patienten auf viel Personenhilfe bei der Mobilität angewiesen sind. Es bedarf großer Unterstützung, sie wieder in ihr häusliches Umfeld zu integrieren. Die Patienten brauchen oftmals eine ausgeprägte externe oder familieninterne Betreuung, die permanent anwesend ist.
- > Bei einem FAC-Ergebnis von „2“ ist die Person fähig, sich zumindest im therapeutischen Rahmen zu bewegen. Sie ist aber auf einen Rollstuhl angewiesen, und es ist ihr nicht möglich, sich außerhalb des Rollstuhls fortzubewegen oder selbstständig zu gehen.
- > Ein FAC-Wert von „3“ lässt auf moderate bis gute motorische Funktionen beim Gehen schließen. Die Hilfe einer anderen Person ist nur noch aus indirekten Gründen nötig, zum Beispiel aufgrund einer eingeschränkten Balance, wegen eines Neglekts oder anderen neurokognitiven Störungen. Dieser Grad an Mobilität wird auch als „Gehen unter Supervision“ bezeichnet.
- > Personen, die einen FAC-Score von „4“ erreichen, können sicher innerhalb ihrer Wohnung gehen, solange diese auf einer Etage liegt und in ihr keine nennenswerten Hindernisse oder Gefahrensituationen zu erwarten sind.
- > Ein FAC-Wert von „5“ entspricht einer uneingeschränkten Mobilität innerhalb und außerhalb des Hauses.



ZU GEWINNEN

Neuroreha

Gewinnen Sie ein Exemplar des Thieme-Buchs „Neuroreha nach Schlaganfall“ von Jan Mehrholz. Klicken Sie bis zum 14.2.2014 unter www.thieme.de/physiopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „FAC“. Viel Glück!



„Gut“ bis „exzellent“ > Die FAC wurden bereits in den 80er-Jahren von Collen und Holden publiziert [2, 3, 4]. Seit 2007 liegt eine validierte deutsche Version von Jan Mehrholz vor (☞ Tab.) [7]. Sie zeigte in den Untersuchungen mit Patienten mit Hemiparese nach Schlaganfall sehr hohe Übereinstimmungen des FAC mit Gehgeschwindigkeit und durchschnittlicher Schrittlänge, wenn es darum ging, die Fortschritte der untersuchten Person festzustellen. Die Arbeitsgruppe um Mehrholz bewertete die Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Empfindlichkeit der englischen Originalversion als „gut“ bis „exzellent“ [8].

Da die FAC schnell und einfach zu erheben sind, wenden Therapeuten sie häufig im klinischen Alltag an. Auch Wissenschaftler nutzen sie in vielen klinischen Studien als Outcome-Instrument, um die Gehfähigkeit zu beschreiben. Um detailliertere Aussagen zur Gehfähigkeit zu erhalten oder um Parameter wie Umweltfaktoren und kognitive Einschränkungen zu berücksichtigen, müssen die FAC durch weitere einfache Instrumente zur Messung der Gehfähigkeit ergänzt werden. Hier eignet sich zum Beispiel die visuelle Ganganalyse, der 10-Meter-Gehtest, der 6-Minuten-Gehtest oder der Timed-up-and-go-Test [5].

Hilfsmittel spielen keine Rolle > Ob der Patient Hilfsmittel wie eine Fußheberschiene oder einen Gehstock verwendet, berücksichtigen die FAC nicht. Dieser Faktor ist hinsichtlich der Rückkehr nach Hause zu vernachlässigen, solange der Patient die Hilfsmittel selbstständig anziehen beziehungsweise benutzen kann. Ist er dabei auf Hilfe angewiesen, bietet sich zum Beispiel das „Functional Independence Measure“ (FIM) an, ein weiteres Assessment, das die Mobilität bewertet [6] (☞ physio praxis 3/06, S. 32).

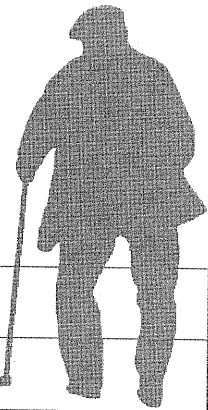
Die Zuverlässigkeit der FAC ist auch für Patienten mit Multipler Sklerose untersucht [2]. Inwieweit das Assessment für andere Diagnosegruppen geeignet sein könnte, zum Beispiel bei multimorbiden Patienten oder in der muskuloskeletalen Rehabilitation, ist aktuell offen. Es scheint aber auch in diesem Bereich sinnvoll zu sein.

Detlef Marks

☑ Das Literaturverzeichnis finden Sie unter www.thieme-connect.de/ejournals/physiopraxis > „Ausgabe 1/14“.



Detlef Marks ist als Diplom-Physiotherapeut in der Rehaklinik Zihlschlacht/Schweiz tätig und leitet dort den Bereich Sensomotorik. Er arbeitet mit Patienten mit neurologischen Störungsbildern. Ein Schwerpunkt ist dabei die Gangrehabilitation, unter anderem mit technischer Unterstützung wie dem Lokomat.



FAC-Wert	Gehfähigkeit
0	Der Patient kann nicht gehen oder benötigt die Hilfe von zwei oder mehr Therapeuten.
1	Der Patient ist auf dauerhafte Hilfe einer Person angewiesen, welche unterstützt, das Gewicht zu tragen und das Gleichgewicht zu halten.
2	Der Patient ist auf andauernde oder intermittierende Hilfe einer Person zur Sicherung des Gleichgewichts und der Koordination angewiesen.
3	Der Patient ist auf verbale Unterstützung oder Begleitung einer Person angewiesen, unmittelbare physische Hilfe ist jedoch ausgeschlossen.
4	Der Patient geht selbstständig in der Ebene, es ist nur noch geringe Hilfe zum Beispiel beim Treppensteigen oder auf schwierigen Bodenverhältnissen oder Untergründen erforderlich.
5	Der Patient ist in allen Belangen selbstständig gehfähig.

Quelle: Mehrholz J. Den Gang zuverlässig beurteilen. pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten 2007; 11: 1096–1104

Tab. Perfekt für den Gebrauch im ausgefüllten Therapiealltag: Mit den Functional Ambulation Categories ist die Gehfähigkeit eines Patienten in ein paar Minuten eingeschätzt.

Literatur zum Artikel „Functional Ambulation Categories (FAC)“ von Detlef Marks (physiopraxis 1/14)

1. Hesse S, Welz A, Assmann E et al. Pedestrians in Berlin after stroke. Recommendations for street and subway transit. *Nervenarzt* 2009; 80:953–958
2. Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR. Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther* 1986;66: 1530–1539
3. Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR et al. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther* 1984; 64:35–40
4. Collen MF, Wade DT, Bradshaw CM. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *Int Disabil Studies* 1990; 12:6–9
5. Schädler S, Kool J, Lüthi HJ et al. Assessments in der Rehabilitation. Band 1: Neurologie. 3. Aufl. Bern: Huber; 2012
6. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB et al. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil* 1987; 1:6–18
7. Mehrholz J. Den Gang zuverlässig beurteilen. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten*. 2007; 11: 1096–1104
8. Mehrholz J, Wagner K, Rutte K et al. Predictive validity and responsiveness of the functional ambulation category in hemiparetic patients after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1314–1319