

Rehabilitation heute

Dieser Artikel informiert über Rahmenbedingungen und Ablauf der Rehabilitation und thematisiert die Bedeutung von Rehabilitation heute in der Versorgung von Patienten. Im Besonderen wird dabei auf die teilstationäre, wohnortnahe Rehabilitation eingegangen; Arten, Ziele und Methoden der Rehabilitation werden erläutert.

Dr. med. Bernhard Kügelgen

Ärztlicher Direktor des Therapie-Zentrum Koblenz® & MVZ Koblenz®

Begriffsbestimmung

Rehabilitation ist seit der Gesundheitsreform 2000 ein eigenständiger Teil unseres Gesundheitswesens. Rehabilitation heißt die Voraussetzungen für die Wiedereingliederung zu schaffen. Während sich die *Akutmedizin* mit *Krankheiten* befasst und ihr Ziel in deren *Heilung* besteht, befasst sich *Rehabilitation* mit *Krankheits-Folgen*, ihr Ziel ist die Minderung oder Verhinderung von dadurch entstandenen Minderungen von *Teilhabe*. Die Krankheiten sind nach Diagnosen in der Internationalen Klassifikation von Diagnosen (ICD 10) aufgelistet. Die Rehabilitation findet ihre Systematik in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Rehabilitation geht damit weit über das immer noch weit verbreitete Verständnis einer Kur hinaus. Rehabilitation verbessert nicht nur Funktionen, sondern gliedert wieder ein, verhilft zur Umsetzung von Lebensentwürfen, verbessert Teilhabe, d.h. wieder mitmachen zu können, wieder dazugehören, wieder dabei zu sein, man kann auch vom Ausfüllen einer sozialen Rolle sprechen.

Voraussetzung für eine Rehabilitation

Es muss von einem Arzt ein *Rehabilitationsbedarf* festgestellt werden, der z. B. darin besteht, dass nicht nur eine Gesundheitsstörung besteht (Rückenschmerz), sondern eine Teilhabestörung besteht (längere Arbeitsunfähigkeit, drohender Verlust des Arbeitsplatzes), und zudem ambulante Maßnahmen wie Physiotherapie auf Rezept nicht ausreichen bzw. ausgeschöpft sind oder unwirksam sind. Dann muss die *Rehabilitationsfähigkeit* gegeben sein, es dürfen also etwa keine anderen schweren Erkrankungen die Rehabilitation behindern. Schließlich, und das ist von größter Bedeutung, muss ein *Rehabilitationspotential* erkennbar sein, was nach ärztlicher Einschätzung durch eine Rehabilitation erreicht werden kann. Dieses gilt es möglichst präzise zu beschreiben, und zwar nicht nur in der Verbesserung einer Funktion (längere Gehstrecken), sondern im Sinne von Teilhabe (Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel).

Wer ist für Rehabilitation zuständig?

Zunächst die Rentenversicherungsträger, das waren früher die BfA und die LVA, heute heißen sie Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und Deutsche Rentenversicherung Land (Rheinland-Pfalz). Nur wenn diese nicht zuständig sind, sind es die Krankenkassen. Bei den privaten Krankenversicherungen besteht kein Anspruch auf Rehabilitation, es handelt sich immer nur um eine Leistung auf Kulanz.

Wer leitet eine Rehabilitation ein?

Zur Einleitung einer Rehabilitation existieren zwei grundlegende Verfahren: Das *AHB-Verfahren* und das *Antragsverfahren*. Beim AHB-Verfahren im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschluss-Heil-Behandlung reicht die Verordnung des Krankenhausarztes. Das Krankenhaus, meist der Sozialdienst (ggf. auch der behandelnde Arzt), und die Krankenkasse entscheiden, wo die Rehabilitation stattfindet. Hierbei gibt es klare Vorgaben.

Ansonsten kann die Krankenkasse beraten, welcher Arzt eine Rehabilitation beantragen kann (Ärzte müssen über eine besondere Qualifikation verfügen). Der qualifizierte Arzt kann dann nach einer ambulanten Untersuchung (z. B. in einer Praxis) eine Rehabilitation beantragen (Antragsverfahren).

Wo findet eine Rehabilitation statt?

Es sind unterschiedliche Ausrichtungen oder Arten der Rehabilitation zu unterscheiden. Man spricht auch von indikationsspezifischer Rehabilitation. Das bedeutet, dass die Rehabilitation in einer Einrichtung stattfindet, die für die zu Grunde liegende Erkrankung kompetent ist, also z. B.:

- nach einem Schlaganfall → neurologische Rehabilitation
- nach einer Hüft-Operation → muskuloskeletale oder orthopädische Rehabilitation
- bei einer Angststörung → psychosomatische Rehabilitation

Dabei kann es vorkommen, dass Patienten z. B. nach einem Unfall an mehreren Erkrankungen leiden. Man spricht auch von Polytrauma (Mehrfacherkrankung). So kann z. B. nach einem Autounfall und anschließenden Operationen sowohl eine orthopädische Rehabilitation indiziert sein, als auch eine psychosomatische Rehabilitation aufgrund eines psychischen Traumas durch die Unfallsituation (Posttraumatische Belastungsstörung). Mehrfacherkrankungen stellen eine große Herausforderung in der Versorgung von Patienten dar, da eine Vielzahl an Ressourcen (Therapiearten, Fachpersonal, Infrastruktur) vorgehalten sowie ein abteilungs- und phasenübergreifendes Case Management installiert werden muss.

Zusätzlich gilt die Regel „ambulant vor stationär“. Hierbei ist *ambulant* gleich bedeutend mit *teilstationär*. Im Unterschied zur stationären Reha fehlt der Hotelbetrieb. Viele Patienten halten die ambulante Reha für eine reine Sparmaßnahme („Reha light“). Das trifft nicht zu. Die ambulante/teilstationäre Reha ist der stationären Reha durch die Nähe zum Wohnort überlegen. Dadurch können die individuellen Lebensumstände des Patienten einbezogen werden (Kontext-Faktoren). Zudem können Patienten hierbei abends und/oder am Wochenende zuhause in ihrem gewohnten Umfeld sein.

Warum ambulant vor stationär?

Wirklich neu über die Vorstellung, was Rehabilitation bewirken soll, ist der Gedanke der sog. Kontext-Faktoren. Das sind alle Lebensumstände des einzelnen Rehabilitanden. Dies ist in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) so festgeschrieben und wurde im Sozialgesetzbuch IX im Jahr 2001 in Deutschland sehr gut abgebildet. Diese Kontext-Faktoren, also die Gesamtheit der individuellen Lebensbedingungen eines Einzelnen, müssen in die Rehabilitation einbezogen und in der Rehabilitation berücksichtigt werden. Das sind nicht nur Arbeitsplatz oder Angehörige, sondern auch Lebensbedingungen, zum Beispiel Beschaffenheit der Wohnung, häusliche Umgebung oder vieles andere mehr. Die Rehabilitation selber schafft nur die Voraussetzung für den entscheidenden Prozess, die gelingende Wiedereingliederung.

Leistungs-Fähigkeit und tatsächlich umgesetzte Leistung

Früher ist man davon ausgegangen, dass Leistungsfähigkeit (Capacity) auch in tatsächliche Leistung (Performance) umgesetzt wird. Gerade das aber ist eben nicht der Fall. Hier spielen die Kontext-Faktoren eine zentrale Rolle. Es ist erstaunlich, mit welchen Behinderungen manche Menschen nach einer Rehabilitation nicht für möglich gehaltene Leistungen vollbringen. Aber es gibt auch genau das Umgekehrte: nach einer sehr guten Rehabilitation kann es vorkommen bei ungünstigen Kontext-Faktoren, dass erwartete Leistungen eben nicht vollbracht werden, dass die Wiedereingliederung wegen der Lebensumstände des Einzelnen scheitert. Es ist völlig unangemessen, dann den Betroffenen zu beschuldigen, ihm fehlende Motivation vorzuhalten und ihm Leistungen zu kürzen. Die wohnortnahe Rehabilitation kann die Kontext-Faktoren sehr früh analysieren und so gestalten, dass die Wiedereingliederung gelingt. Hierbei sind aber mitunter ganz neue Probleme zu lösen, wie es der medizinische Alltag so bisher nicht kannte. Stellt man sich diesen Problemen, so sind sie fast immer zu lösen. Ein Beispiel ist das im Sozialgesetzbuch IX vorgeschriebene betriebliche Reha-Management. Es ist erstaunlich, wie viele Arbeitgeber gerade bei langjährigen Mitarbeitern hierfür offen sind, wenn sie allerdings frühzeitig und umfassend informiert werden und präzise Vorgaben erhalten.

Ausschlusskriterien einer wohnortnahen Rehabilitation

Es gibt aber auch Argumente gegen eine wohnortnahe Rehabilitation. So eine psychische Überlastung, die Distanz erfordert, auch eine Mutter mit kleinen Kindern ist wohnortnah nicht rehabilitationsfähig, weil sie abends und am Wochenende sich ihren Belastungen nicht entziehen kann. Hier ist die wohnortferne stationäre Rehabilitation sinnvoll.

Die Meinung, dass stationäre Rehabilitation für schwerere Fälle zwingend ist, ist unzutreffend. Bundesweit sind vielfältig gegenteilige Erfahrungen gemacht worden. Voraussetzung ist, dass wohnortnah eine Einrichtung zur Verfügung steht, die darauf eingestellt ist. Schwer Erkrankte müssen nicht weggeschickt werden, sondern gerade ihre Probleme müssen vor Ort analysiert und im Rahmen der Rehabilitation angegangen werden. Gegebenenfalls muss ein ganzes Netz an Maßnahmen für das Leben nach der Rehabilitation gestrickt werden, um ein Leben zuhause zu erhalten.

Der Rehabilitand kann in der teilstationären Rehabilitation abends und am Wochenende die Dinge einüben und probieren, die er in den Therapien gelernt hat. So kann alltagsrelevant überprüft, werden, was funktioniert und wo noch Lücken sind. Auf diese kann dann gezielt in den Therapien eingegangen werden. Das ist für die Motivation wichtig und ebenso für nachhaltige Erfolge. Ein adaptives ärztlich-therapeutisches Vorgehen erfordert offene und *flexible Therapieprogramme*. Diese sind dann besser zu realisieren, wenn das Verhältnis zwischen Therapeut und Patienten ausgewogen bleibt.

Beispiele für die wirksame Einbeziehung der individuellen Lebensumstände sind der Besuch von Mitgliedern des Rehabilitationsteams zu Hause oder am Arbeitsplatz, ebenso das Erlernen alltagstauglicher Fertigkeiten in der Rehabilitation wie Einkaufen, Benützen öffentlicher Verkehrsmittel, das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Waschen, Anziehen etc.) zuhause unter Einsatz der dort etablierten Hilfsmittel.

Auch wenn sich ausgewählte Therapie-Module für eine größere Anzahl an Patienten eignen, muss Rehabilitation immer individuell sein, d. h. auf den Einzelnen angepasst werden. Sie muss den Kranken da abholen, wo er steht, d. h. seine verfügbaren Ressourcen einbeziehen sowie berücksichtigen, welche Leistungseinschränkungen bestehen. Weiterhin sind individuelle Therapieziele vereinbaren. Die Wünsche des einzelnen Kranken sind maßgeblich. Diese unterscheiden sich von Fall zu Fall. So macht es keinen Sinn, einen älteren Menschen auf eine Gehstrecke von 3 km zu trainieren, wenn sein sehnlichster Wunsch ist, seine Enkelkinder in die Arme schließen zu können oder einmal mit ihnen für kurze Zeit im Garten Fußball zu spielen. Wir sprechen vom Sinn stiftenden Lebensentwurf des einzelnen. Gemeint ist das Profil an Funktionen, das der einzelne von sich und auch seine Umgebung von ihm erwarten. Wenn das gefunden wird und vom Kranken angenommen, verinnerlicht wird, spielt die Frage der Motivation keine Rolle mehr.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Diese neue Einteilung der Weltgesundheitsorganisation stellt neben die Krankheiten, also die Ebene von erkrankten Organen, die Ebene von Funktionsfähigkeiten und die Ebene von Teilhabe. Ein Beispiel: nach einem Schlaganfall hat ein Patient die Fähigkeit der freien Bewegung durch Lähmung und Spastik erheblich eingebüßt. Zudem kann er nicht mehr normal kommunizieren, weil er eine Sprachstörung hat. Aus diesen Funktionsstörungen ergeben sich Verluste an Teilhabe: Ein solcher Patient ist nicht mehr selbstständig, er kann nicht mehr am Arbeitsprozess teilnehmen, er kann z. B. nicht mehr einkaufen, nicht mehr Auto fahren. Eine Rehabilitation kann nun hier ansetzen und kennt drei Methoden: das *Trainieren, die Umweg-Leistungen sowie den Einsatz von Hilfsmitteln*. Bei vielen Schlaganfällen, die meist eine armbetonte Halbseitenlähmung hinterlassen, sind erstaunliche Fähigkeiten im Laufe der Rehabilitation wiederzugewinnen. Daraus folgen dann Verbesserungen der Teilhabe. Der Patient kann wieder mitmachen, wieder teilnehmen. Ein Beispiel für ein Training ist die *Physiotherapie nach Bobath*, für eine Umweg-Leistung das *Training auf Linkshändigkeit*, für ein Hilfsmittel ein *Notiz-* (Planen, Erinnern) *bzw. Kommunikations-Buch* (Interaktion) wie z. B. für das Einkaufen.

Wiedereingliederung

Das eigentliche Ziel der Rehabilitation kommt danach, nämlich die *Wiedereingliederung* - das ist die Wiedereinbettung in ein soziales Gefüge mit möglichst weitgehender *Wiederherstellung an möglichst viel Teilhabe*. Leider ist diese entscheidende Phase im deutschen Gesundheitswesen kaum geregelt. Der Hausarzt oder auch ein Facharzt tun sich sehr schwer mit den besonderen Problemen dieser Phase des gesamten Prozesses und werden dafür auch nicht entlohnt. So kommt es nicht nur in vielen Fällen unnötig zum Scheitern der Wiedereingliederung, sondern es tritt der gefürchtete „Jojo-Effekt“ ein: Die in der Rehabilitation erreichten Funktionsverbesserungen gehen wieder verloren, häufig sogar unter das Leistungsniveau vor der Rehabilitation und nicht selten auch ein Stück demotivierter. Rückblickend sprechen die Patienten häufig davon, dass ihnen "die Kur gut getan habe", aber keine nachhaltige Wirkung erzielt werden konnte. So sollte Rehabilitation nicht verlaufen.

Ziele von Rehabilitation

Natürlich sollen Funktionsfähigkeiten verbessert werden, dazu gehört vor allem die körperliche Leistungsfähigkeit, aber auch der psychische Zustand. Entscheidend aber ist die anschließende Umsetzung dieser Funktionsverbesserungen in die verbesserte Teilhabe. Alltagstaugliche Belastbarkeit, wieder mitmachen können und wieder dazugehören sowie vor allem auch Hilfe zur Selbsthilfe sind die entscheidenden Rehabilitationsziele.

Motivation

Immer wieder wird bei Schwierigkeiten von fehlender Motivation der Patienten gesprochen. Dies ist zu hinterfragen. In vielen Fällen erzwingen die Krankheitsfolgen eine Änderung des Lebensentwurfes für die Patienten. Einen neuen veränderten Lebensentwurf muss der Kranke annehmen können, er muss ihn verinnerlichen. Das gelingt nur, wenn er für ihn Sinn stiftend ist. Das ist das entscheidende Kriterium. Wenn dies gelingt, sind die meisten Patienten bereit, auch große Anstrengungen in der Rehabilitation auf sich zu nehmen.

Psyche

Gerade die Beschreibung in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit nach Funktionsverlust und vor allen Dingen Teilhabestörung lässt für jedermann verständlich werden, wie es zu psychischen Auffälligkeiten bei chronisch Kranken kommen kann. Wenn die Teilhabestörung weitgehend ist und ein deutliches soziales Rückzugsverhalten festzustellen ist, die Betroffenen kaum noch ihre Wohnung verlassen, keine Kontakte mehr mit anderen Menschen pflegen und auch sonst nicht mehr am sozialen Leben teilnehmen, dann sind sie zusätzlich in aller Regel auch traurig und verstimmt. Es ist ein sehr großes Unrecht, solchen Menschen ein Rentenbegehren oder gar Simulation zu unterstellen.

Wenn das Gehirn betroffen ist, also z. B. beim Schlaganfall oder nach einem Schädelhirntrauma, kommt es zu Veränderungen der Hirnleistungsfähigkeit, also nicht mehr nur psychische Reaktionen auf die Krankheitsfolgen. Diese können alle Schweregrade bis zum Koma annehmen. Häufig sind Veränderungen des Denkens und Merkens, des Fühlens, des Erlebens, aber auch des Verhaltens. Diese Veränderungen sind schwerwiegend, sie werden von Außenstehenden bei flüchtiger Beobachtung unterschätzt. Nahestehenden Angehörigen entgeht der Wandel nicht, sie leiden besonders unter der erlebten Persönlichkeitsänderung des Kranken. Erkrankungen des Gehirns können auch Veränderungen des Sehens, des Hörens, des Sprechens und des Schluckens bedingen, die sämtlich eine besondere Versorgung benötigen.

Ausblick

Das Sozialgesetzbuch IX, wie es seit 2001 in Deutschland Gesetz ist, schafft ungewöhnlich günstige Voraussetzungen für eine Rehabilitation, die sich aber doch in einer Reihe von Punkten von der heute verbreiteten Form der Rehabilitation unterscheidet. Wohnortnähe, individuelle Ausrichtung und Ergebnisorientierung im Sinne der vermehrten Teilhabe müssen viel stärker berücksichtigt werden, dann kann es im Einzelfall sein, dass der Aufwand auch hoch ist. Es lässt sich dann zeigen, dass Erfolge möglich sind, die mit der heutigen Form der Rehabilitation (noch) nicht zu erreichen sind. Viel zu wenig beachtet wird, dass diese humanitären Erfolge auch wirtschaftliche Erfolge sind, weil die Folgekosten des Patienten für die Kostenträger umso mehr sinken, je besser der Zustand eines chronisch Kranken im Sinne der Teilhabe ist.

Angesichts der demographischen Entwicklung und der knapper werdenden Ressourcen kommt alles darauf an, die aufgewendeten Mittel zielgerichtet einzusetzen. Nicht mehr Geld, sondern richtig eingesetztes Geld im Sinne von Effektivität und Effizienz ist erforderlich. Wenn $\frac{2}{3}$ der immensen Aufwendungen im Gesundheitswesen für chronisch Kranke aufgewendet werden, so sind bei besserer Wirtschaftlichkeit die Voraussetzungen gegeben zu besseren humanitären Erfolgen, wie chronisch Kranken und Behinderten ein gleichberechtigtes und sinnvolles Leben in unserer Gesellschaft ermöglicht werden kann.

Über den Autor



Dr. med. Bernhard Kügelgen

Facharzt für Neurologie
Facharzt für Psychiatrie
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
Algesiologe/DGS
Geriatric
Verkehrsmedizinische Qualifikation

Dr. Kügelgen ist Leitender Arzt des Therapie-Zentrum Koblenz[®] und Ärztlicher Direktor des MVZ Koblenz[®]. Vor seiner Tätigkeit in Koblenz war er an mehreren Fachkliniken in ganz Deutschland tätig, unter anderem in Erlangen, Bayreuth – zwanzig Jahre davon in leitender Funktion (Oberarzt/Chefarzt). Dr. Kügelgen verfasste mehrere Publikationen und Lehrfilme über Neuroorthopädie, chronische Schmerzerkrankungen, neurologische Rehabilitation, posttraumatische Chronifizierungen sowie Begutachtung von Schmerz. Er ist einer der Gründungsmitglieder der Neuroorthopädie in Deutschland (1982) sowie Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft chronischer Kreuzschmerz (BaCK).

Kontakt

Therapie-Zentrum Koblenz[®], Neversstr. 7-11, D-56068 Koblenz | b.kuegelgen@tz-mvz-koblenz.de