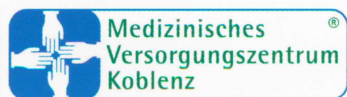




Kooperationsmodell Posttraumatische Chronifizierungen

Zwischenbilanz eines innovativen Projekts
für ein optimiertes Rehamanagement
2005 – 2008



Inhalt

Zusammenfassung	4	Die Einrichtung	24
Das Kooperationsmodell „Posttraumatische Chronifizierungen“	5	Multimodales tagesklinisches Konzept	24
Was sind „posttraumatische Chronifizierungen“?	6	Erfolgreiches Rehamanagement	24
Die Krankheitsbilder	8	Der Fachberater für Rehabilitation (FBR)	25
Schleudertrauma	8	Ergebnisse in Zahlen	26
Chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS)	9	Schleudertrauma	27
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	10	Chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS)	29
Andere chronische Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems	11	Posttraumatische Belastungsstörung	31
		Andere Patienten mit chronischen Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems	33
Der innovative Ansatz des Kooperations- modells	12	Diskussion	36
Leistungsprofil	12	Effektive und effiziente Therapie	38
Betriebliches Eingliederungsmanagement	12	Chronisch Kranke – ein Ausblick	39
Zielvereinbarung	13	Impressum	40
Defizite im Rehamanagement	14		
Einstieg in die Reha	14		
Problem Chronifizierung	14		
Patientenaspekte	15		
Nach der Reha	15		
Lösungen	16		
Einstieg in die Reha	16		
Chronifizierung als zentrale Rehaaufgabe	17		
Patientenaspekte	18		
Nach der Reha	21		
Übergreifende Struktur und Kompetenz der Einrichtung	22		
Strukturelle Voraussetzung	22		
Fachübergreifende Kompetenzen	22		
Messplätze und Modellarbeitsplätze	23		

Zusammenfassung

Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz und das Medizinische Versorgungszentrum Koblenz sowie das Therapiezentrum Koblenz haben in partnerschaftlicher Kooperation das Rehabilitationsmanagement optimiert. Nicht mehr die *Leistungsfähigkeit*, sondern die *tatsächlich erbrachte Leistung* im Sinne der anhaltenden Wiedereingliederung, also die Teilhabe, gilt als Ziel der Rehabilitation. Unter dieser Prämisse wird der gesamte Rehabilitationsprozess überprüft und neu ausgerichtet. Das Ergebnis sind vielfach veränderte Prozesse, die sich deutlich von der verbreiteten Rehabilitation unterscheiden und den theoretischen Anforderungen an ein optimales Rehamanagement entsprechen, sowie richtungweisende Erkenntnisse im Sinne der Wiedereingliederung. Dies wird an den folgenden Krankheitsbildern, die sich durch häufige und erhebliche Chronifizierung auszeichnen, beispielhaft dargelegt:

- Schleudertrauma,
- chronisches regionales Schmerzsyndrom,
- Posttraumatische Belastungsstörung.

Wegen der sich abzeichnenden guten Erfolge wurden ab 2006 auch aufgenommen:

- andere chronische Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems

Die entwickelten Strukturen und Prozesse gelten aber darüber hinaus für alle chronisch Kranken. Mit dem hier vorgestellten Kooperationsmodell erweisen sich die Vorgaben der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Weltgesundheitsorganisation 1999), die in Deutschland seit 2001 im 9. Sozialgesetzbuch verankert sind, als machbar. Außerdem senkt der nachhaltige *humanitäre Erfolg* im Sinne der Wiedereingliederung die Fallkosten und sichert dem Rehaträger somit den *wirtschaftlichen Erfolg*. Von den Erkenntnissen und Erfahrungen des neuen, optimierten Rehabilitationsprozesses profitieren zusätzlich auch andere Rehaträger und Leistungserbringer. Daneben haben sie Auswirkungen auf die Begutachtung.

Diese Zwischenbilanz wendet sich an Nicht-Mediziner. Für Mediziner folgt eine umfangreichere Publikation.

Das Kooperationsmodell „Posttraumatische Chronifizierung“

Seit 2005 führt die Unfallkasse Rheinland-Pfalz gemeinsam mit dem Therapiezentrum Koblenz und dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz ein Kooperationsmodell „posttraumatische Chronifizierungen“ durch. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass regelmäßig etwa 10% der aus Unfällen resultierenden Verletzungen einen unerwartet langwierigen Verlauf nehmen, und zwar *unabhängig von Art und Schwere der Verletzung*. Das sind bei 1,15 Millionen meldepflichtigen Unfällen 2008 immerhin über 100.000 Fälle in einem Jahr.

Ziel des Kooperationsmodells war die Erarbeitung eines geänderten Vorgehens im Fall posttraumatischer Chronifizierungen. Zu diesem Zweck wurden drei diagnostisch besonders umstrittene Krankheitsbilder exemplarisch ausgewählt: das Schleudertrauma, das chronische regionale Schmerzsyndrom und die posttraumatische Belastungsstörung. Wegen der sich abzeichnenden sehr guten Erfolge wurden im Jahr 2006 auch Patienten mit belastungsstabilen chronischen Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems mit aufgenommen, die kein chronisches regionales Schmerzsyndrom aufweisen. Die Krankheitsbilder werden ab S. 8 ff. näher beschrieben.

Die Behandlung dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen weist bislang erhebliche fachliche Widersprüche auf, und leider werden sie derzeit in vielen Fällen nur unzureichend therapiert. Für die Betroffenen begründet dies oft einen langwierigen, belastenden Krankheitsverlauf, für den Rehaträger erhebliche Kosten.

Nach vier Jahren kann nun eine erste Zwischenbilanz des Kooperationsmodells gezogen werden. Die vorliegende Zwischenbilanz stellt die Grundgedanken des Kooperationsmodells vor, gibt einen Überblick über Innovationen und informiert über die bisher gesammelten Erfahrungen.

Was sind „Posttraumatische Chronifizierungen“?

Unter diesem Begriff werden gesundheitliche Beeinträchtigungen zusammengefasst, die nach einer körperlichen oder seelischen Verletzung (griech. Trauma) einen unerwartet langwierigen Verlauf nehmen, also chronisch werden (griech. Chronos = Zeit). Ein solches Trauma kann vielfältige körperliche Schädigungen verursachen (Schädelhirntrauma, Knochenbrüche, Quer-

schnitt), aber auch seelische Beeinträchtigungen hinterlassen (z.B. nach einer Geiselnahme).

Der Begriff Chronifizierung beschreibt Anpassungsvorgänge bei den Patienten, die *unabhängig von Art und Ausmaß der eigentlichen Verletzung* sind. Es entstehen zusätzliche Krankheitsfolgen

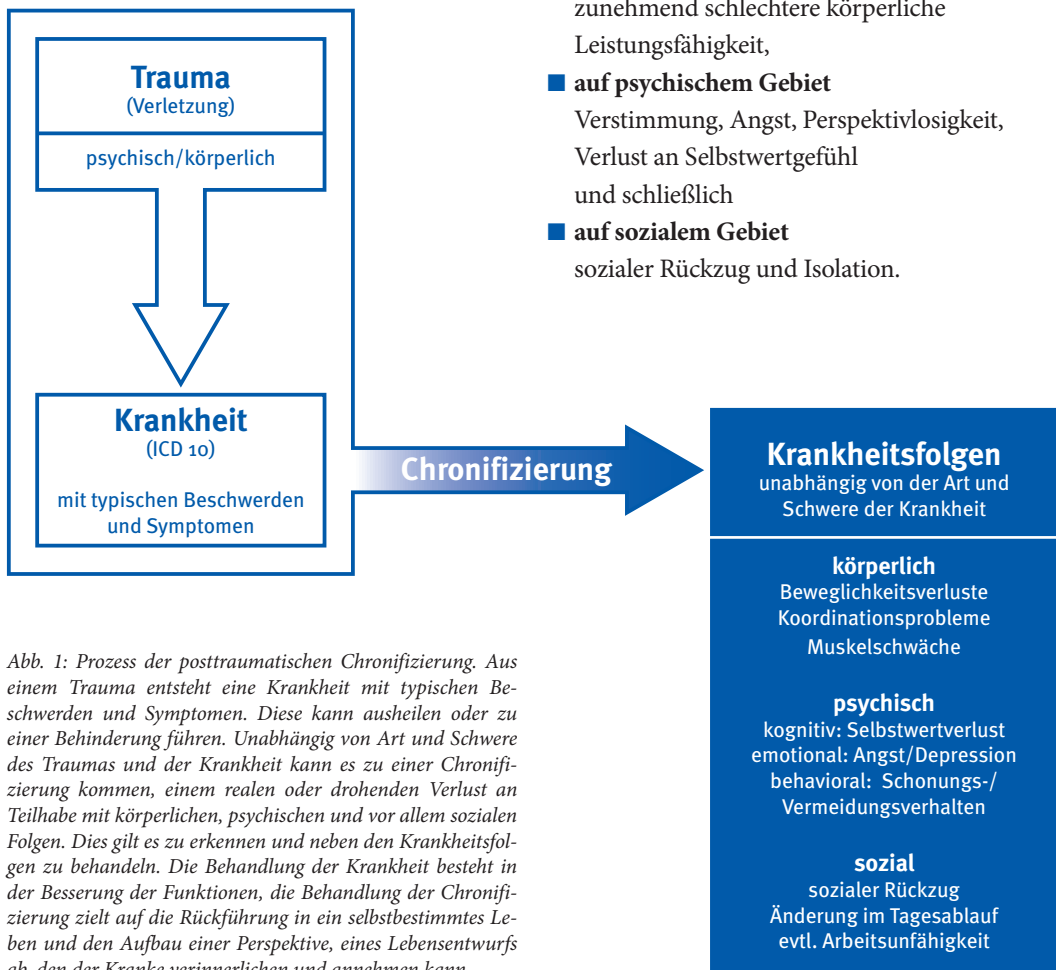


Abb. 1: Prozess der posttraumatischen Chronifizierung. Aus einem Trauma entsteht eine Krankheit mit typischen Beschwerden und Symptomen. Diese kann ausheilen oder zu einer Behinderung führen. Unabhängig von Art und Schwere des Traumas und der Krankheit kann es zu einer Chronifizierung kommen, einem realen oder drohenden Verlust an Teilhabe mit körperlichen, psychischen und vor allem sozialen Folgen. Dies gilt es zu erkennen und neben den Krankheitsfolgen zu behandeln. Die Behandlung der Krankheit besteht in der Besserung der Funktionen, die Behandlung der Chronifizierung zielt auf die Rückführung in ein selbstbestimmtes Leben und den Aufbau einer Perspektive, eines Lebensentwurfs ab, den der Kranke verinnerlichen und annehmen kann.

- **auf körperlichem Gebiet**
zunehmend schlechtere körperliche Leistungsfähigkeit,
- **auf psychischem Gebiet**
Verstimmung, Angst, Perspektivlosigkeit, Verlust an Selbstwertgefühl und schließlich
- **auf sozialem Gebiet**
sozialer Rückzug und Isolation.

Die Betroffenen erleiden einen *Verlust an Teilhabe*, sie können nicht mehr das tun, was sie von sich und ihre Umgebung von ihnen erwartet, was ihnen Freude bereitet: Sie können kein *selbstbestimmtes Leben* mehr führen. Eine alleinige Therapie der körperlichen und psychischen

Unfallfolgen würde zwar zu einer verbesserten *Leistungsfähigkeit* führen und die Rehabilitation wäre damit als „erfolgreich“ abgeschlossen, aber dies führt eben noch nicht zu einer gelingenden Wiedereingliederung.

„Fehlende Motivation“, „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ oder „Anpassungsstörung“ sind die häufigsten medizinischen Interpretationen für diesen Zustand, nun auch zunehmend die neue Ziffer *F45.41* im Kapitel V (F) „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD 10: *chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren*.

Die Differenzierung zwischen dieser ICD-10-Diagnose und der Teilhabeminderung i.S. der ICD gelingt klinisch: Eine Diagnose nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) beschreibt eine Erkrankung mit typischen Symptomen, die eine bestimmte Behandlung verlangt und einen einigermaßen vorhersagbaren Verlauf nimmt. Chronifizierung ist aber eine Veränderung im Leben des Betroffenen, hervorgerufen durch stärkere Auswirkungen von *Krankheitsfolgen*. Diese können

immer weiter zunehmen oder in kurzer Zeit zurückgebildet werden, etwa durch einen neuen, selbstbestimmten und als sinnhaft erlebten Lebensentwurf und eine Rehabilitation, die die Überzeugung des Kranken stärkt, dass er dies schaffen kann. Eine solche Rückbildung haben wir bei unseren erfolgreichen Fällen regelmäßig beobachten können. In all diesen Fällen war die ICD-10-Diagnose eine Fehldiagnose.

Die Rehabilitation erbringt *Leistungsfähigkeit*. Erst die erfolgreiche Wiedereingliederung des Patienten und damit die Umsetzung der *Leistungsfähigkeit* in *tatsächliche Leistung* ist für den *humanitären und wirtschaftlichen Erfolg* jedoch der ausschlaggebende Schritt. Erst dann wird Teilhabe wiedergewonnen, erst dann gelingt wieder ein selbstbestimmtes Leben, aber auch erst dann wird die Investition in die Behandlung wirtschaftlich.

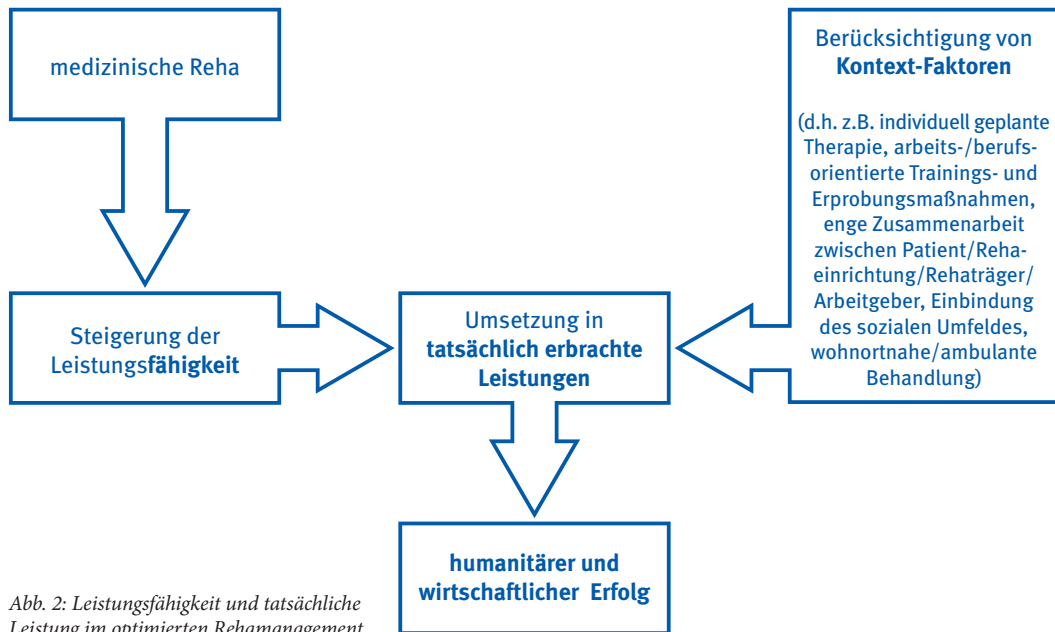


Abb. 2: *Leistungsfähigkeit und tatsächliche Leistung im optimierten Rehamanagement*

Für den Übergang von der *Leistungsfähigkeit* zur tatsächlichen *Leistung* haben die *individuellen Lebensumstände* jedes einzelnen Patienten, die sogenannten *Kontext-Faktoren*, überragende Bedeutung.

Die *Optimierung des Rehamanagements* gelingt nur durch vielfältige Änderungen des bisherigen Rehamanagements und nur in enger Kooperation zwischen Leistungsanbieter und Rehaträger.

Die Krankheitsbilder

Um im Falle posttraumatischer Chronifizierungen Probleme aufzeigen und neue Wege entwickeln zu können, wurden besonders problematische und ab einer bestimmten Krankheitsdauer besonders häufig chronifizierende Krankheitsbilder ausgewählt und beispielhaft untersucht.

Exkurs: Krankheitskonzept

Jeder Arzt braucht für eine Krankheit ein Krankheitskonzept. Nur so kann er nach Beschwerden und Befunden fahnden, um eine Diagnose zu stellen, nur so kann er eine Prognose abgeben, Therapiemaßnahmen empfehlen und andere Maßnahmen als schädlich einschätzen, nur so kann er den Patienten überzeugen, diesen Empfehlungen zu folgen. Nur mit einem plausiblen Krankheitskonzept werden eine überzeugende Diagnose, nachvollziehbare Therapieempfehlung und erfolgreiche Therapie möglich. Nur so kann Chronifizierung vermieden werden, ebenso der sonst zwangsläufig entstehende Gutachterstreit.

SCHLEUDERTRAUMA

Das auslösende Ereignis ist zumeist ein Verkehrsunfall, aber auch andere Unfälle. Die Beschwerden und Befunde sind allerdings nicht spezifisch für einen Unfall. Bis heute gilt der pathophysiologische Mechanismus, der zu dem Beschwerdebild des Schleudertraumas führt, als nicht geklärt. Zahlreiche Ungereimtheiten führen dazu, dass keinesfalls von einer herrschenden Lehrmeinung gesprochen werden kann. Seit Jahrzehnten wechseln Erklärungsversuche, Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie, und

es herrscht unvermindert ein heftiger Gutachterstreit. Dabei handelt es sich um ein *klinisch* ungelöstes Problem, das nur *klinisch* zu lösen ist.

Anstatt diese Lösung zu suchen, werden in der Begutachtung mittels Unfallanalyse Fahrzeuge untersucht, es werden eigene diagnostische Kriterien etabliert, es entsteht geradezu eine eigene Gutachtenmedizin, und dabei befindet man sich längst außerhalb der auf *klinischen* Erkenntnissen aufbauenden medizinischen Wissenschaft. Die überfällige Diskussion wird regelrecht abgewürgt.

Unabhängig von der Richtung der einwirkenden Kraft beklagen zwei Drittel der Patienten *nach einer Latenz*, ein Drittel *sofort* Nackenschmerzen, dann eine Kraftlosigkeit der Nackenmuskeln sowie eine aktive und passive Bewegungseinschränkung. Die passive Dehnung und die aktive Anspannung von Halsmuskeln löst vermehrt Schmerzen aus, bald besteht Ruhschmerz. Für die Fälle mit Latenz ist von einer Dehnung der reflektorisch angespannten, untrainierten Nackenmuskulatur auszugehen, wie sie in der Sportphysiologie bestens bekannt ist. Sie führt nach wenigen Stunden zu einer Stoffwechselaktivierung mit vermehrter Wasseraufnahme und Schwellung der betroffenen Muskeln, ist harmlos und klingt nach wenigen Tagen wieder ab. Daher haben wir den Begriff „Dehnungsmyalgie“ vorgeschlagen. In den Fällen ohne Latenz ist von einer einfachen Zerrung der Muskulatur auszugehen, also ebenfalls einer Funktionsstörung. Es liegt also in keinem der beiden Fälle ein Strukturschaden vor.

In beiden Fällen kann es bei etwa 10 % der Betroffenen durch schmerzbedingte Minderung und sich rasch entwickelnde Insuffizienz der Muskulatur, zumal für Ausdauerleistungen, zu einer Chronifizierung kommen. Einstellung und Verhalten des Kranken spielen hierbei eine ebenso wesentliche Rolle wie die ärztliche Führung. Unangemessene Vorsicht und übertriebene Schonung führen in die muskuläre Insuffizienz und zur Annahme der Krankenrolle. Diese Entwicklung kann durch ein Anhalten zur Aktivität verhindert werden. Das Beschwerdebild mündet in leicht zu erhebende, als reliabel nachgewiesene Weichteilbefunde, die Ähnlichkeit zum chronischen Rückenschmerz ist offenkundig. Nur eine Untersuchung ohne Schmerzmedikation ist aussagefähig.

Auch die therapeutischen Strategien entsprechen dem chronischen Rückenschmerz, allerdings sind die tiefen Halsmuskeln leichter zu überfordern als lumbale Muskeln. Auslöser kann jedes Ereignis sein, das zu einer solchen Funktionsstörung der angespannten Hals- und Nackenmuskulatur führt. Der sich entwickelnde Immobilisationsschmerz ist ein belastungsabhängiger muskulärer Schmerz bei eingeforderter Halteleistung, die diese Muskeln überfordert. Entlastung, z.B. durch Hinlegen, führt zur Linderung. Man kann das sog. Schleudertrauma also anhand von typischen Beschwerden und leicht erhebaren Befunden belegen, aber auch ausschließen. Ab einem Zeitraum von drei Monaten spricht man wie beim Rückenschmerz von einem chronischen Schleudertrauma.

Die immer wieder als typisch angegebene Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) kommt natürlich vor, ist aber eher selten, denn sie setzt eine viel größere Gewalteinwirkung voraus und ist ein viel schwereres Krankheitsbild, immer ohne Latenz. Besonders bei der Hyperflexion des Zweiradfahrers tritt sie mit radikulären, aber auch medullären Ausfällen auf. Es handelt sich

also um einen meist inkompletten Querschnitt; in letzterem Fall wird von einer Contusio spinalis gesprochen.

Der Begriff „Distorsion der HWS“ wurde unter anderem von *Erdmann* eingeführt, der darunter aber *keine Verstauchung*, sondern nur eine *radiologisch unauffällige Verletzung* verstand. Es ist also nur eine negative Definition; bei der Begutachtung sprach Erdmann folgerichtig von einer „Nebelkammer“.

CHRONISCHES REGIONALES SCHMERZSYNDROM (CRPS)

Diese Erkrankung steht in keinem Zusammenhang zur Art und Schwere der ursprünglichen Verletzung. Sie kommt meist ohne Nervenschädigung vor (früher Morbus Sudeck genannt), gelegentlich aber auch mit Nervenschädigung (früher Kausalgie genannt). Vermutlich handelt es sich um eine Funktionsstörung des Zentralnervensystems als Reaktion auf die Ruhigstellung. Operationen führen in der Regel zu einer Zunahme der Beschwerden und Symptome; nicht einmal eine Amputation behebt die Schmerzen.

Auch bei diesem Krankheitsbild besteht keine einheitlich akzeptierte Vorstellung über die Pathophysiologie, über die als typisch anzusehenden klinischen Zeichen hinsichtlich Beschwerden und Befunden sowie über die zielgerichtete Behandlung. Einigkeit besteht erst bei der apparativen Diagnostik, wie sie in der Regel erst in fortgeschrittenen und dann kaum noch zu behandelnden Stadien zu erheben ist.

Wir diagnostizieren ein chronisches regionales Schmerzsyndrom bei anatomisch nicht zuzuordnenden Schmerzen in einer Extremität, die zunächst bei Belastungen auftreten, dann schon bei Bewegungen und schließlich auch in Ruhe. Vorausgegangen ist eine Ruhigstellung der Extremität. Zwingend zu fordern sind vegetative Veränderungen in Form von Durchblutungsänderungen, Änderungen der Hautfarbe, veränderter Temperatur, Schwellungen oder vermehrtem Haarwuchs. Die Sensibilität ist oft gestört, jedoch nicht einem einzelnen Nerven zuzuordnen, die Motorik ist gestört, aber nicht im Sinne einer Lähmung. Häufig treten Einschränkungen der passiven Beweglichkeit auf.

Die Behandlung sucht diese Entwicklung umzukehren. Am Anfang stehen kurzfristige Bewegungen der Hand für wenige Sekunden, gefolgt von einem Schmerzmanagement (Hand hochhalten, austreichen, kühlen). Dies ist mit hoher Frequenz zu wiederholen. Nach der Minderung des Ruheschmerzes bessert sich allmählich der Bewegungsschmerz, schließlich der Belastungsschmerz, die vegetativen Störungen klingen ab. Danach wird die Aktivität der erkrankten Extremität im Sinne von Forced Use (erzwungener Gebrauch) intensiviert. Zusätzlich sind zahlreiche vegetativ stabilisierende schmerzlindernde Maßnahmen (physikalische Maßnahmen) sowie eine psychologische Schmerztherapie erforderlich. Wir vermeiden betäubende Maßnahmen. Die Behandlung erstreckt sich mindestens über sechs bis acht Wochen.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Diese Störung ist eine mögliche psychische Folgereaktion auf extrem belastende Ereignisse. Dazu zählen vor allem potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzungen oder Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit (Naturkatastrophen, Kampfeinsätze, Geiselnahmen, Unfälle, sexuelle Vergewaltigung). Hält man sich an die vorgegebenen diagnostischen Kriterien, ist die Diagnose selten strittig. So fordert der ICD 10 für das Trauma: *„Kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden.“*

In solchen Situationen kann es zu einer Überflutung mit emotional überfordernden Reizen kommen. Da diese Reize hauptsächlich mit Angst verbunden sind, werden die Sinneseindrücke nicht als zusammenhängende Erinnerungsgeschichte im Gedächtnis gespeichert, sondern als wilde Sammlung von Bildern, Stimmen, Geräuschen, Gerüchen, Geschmacksempfindungen, körperlichen Empfindungen, Gefühlszuständen und Verhaltensmustern abgelegt. Werden diese Informationen nicht angemessen verarbeitet, kann es zu sogenannten Intrusionssymptomen wie ungewolltem Wiedererinnern und Alpträumen kommen. Bilder, Geräusche oder andere lebhaftere Eindrücke des traumatischen Ereignisses dringen unbeabsichtigt in den wachen Bewusstseinszustand und in den Schlaf ein, begleitet von starken Gefühlsreaktionen wie Furcht, Schuld und Ärger. Diese führen wiederum zu Vermeidungsverhalten, z.B. dem Vermeiden von Situationen, die die Betroffenen an das Ereignis erinnern. Gerade die Weigerung, das Erlebte in die eigene Lebenserfahrung einzuordnen, verhindert allerdings die Löschung der starken Gefühlsreaktionen.

Die Behandlung erfolgt in drei Stufen:

- 1 Stabilisieren,
- 2 Konfrontieren und
- 3 Wiedereingliedern.

Häufig finden sich Anzeichen von Chronifizierung im Sinne von sozialem Rückzug und Isolation, die es zusätzlich anzugehen gilt.

ANDERE CHRONISCHE SCHMERZEN NACH VERLETZUNGEN DES BEWEGUNGSSYSTEMS

Nach den guten Erfolgen bei den Krankheitsbildern Schleudertrauma und chronisches regionales Schmerzsyndrom wurden auch andere Patienten mit chronischen Schmerzen nach verschiedenen Verletzungen des Bewegungssystems, die nicht zu den drei oben beschriebenen Krankheitsbildern gehören, in das Kooperationsmodell aufgenommen. Voraussetzung war die gute Belastbarkeit des Bewegungssystems. Detaillierte deskriptive Statistiken sind unter Kapitel 12 („Ergebnisse in Zahlen“) aufgeführt.

Ausgehend von der Beobachtung im Leistungssport, dass eine Aktivierung in jedem Fall vielfältige positive Auswirkungen wie Verbesserung des Stoffwechsels, Verbesserung kompensierender Strukturen und der Muskulatur sowie Verbesserung der Psyche nach sich zieht, haben wir auch solchen Patienten eine aktivierende Reha angeboten. Die meisten von ihnen waren als gescheitert angesehen, das Heilverfahren ohne Wiedereingliederung beendet worden. Wir haben allerdings auf betäubende Maßnahmen verzichtet. In einer beachtlichen Anzahl von Fällen gelang auch bei dieser Indikation eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Gerade bei diesen Patienten zeigte sich immer wieder eindrucksvoll, wie die neu eröffnete Perspektive zu einem selbstbestimmten Leben und einer erfolgreichen Wiedereingliederung in kurzer Zeit Stimmung und Antrieb wie auch die Einstellung zu den Schmerzen änderte.

Der innovative Ansatz des Kooperationsmodells

Am Anfang der Zusammenarbeit wurden die Rollen der Beteiligten hinterfragt. Für die Patienten ist eine Rehabilitation zulasten einer gesetzlichen Unfallversicherung in der Regel eine Maßnahme mit biografischer Relevanz, die ihren weiteren Lebensweg wesentlich beeinflusst. Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz als Rehaträger hält ein ungewöhnlich großes Potenzial an Leistungen für eine solche Maßnahme vor. Aus der Bedeutung für die Patienten und dem großen Leistungsangebot des Rehaträgers ergibt sich für den Leistungserbringer, hier das Therapiezentrum Koblenz und das Medizinische Versorgungszentrum Koblenz, eine hohe Verantwortung, die Rehabilitation zum bestmöglichen Ergebnis zu führen.

LEISTUNGSPROFIL

Um die Qualität einer Rehabilitationsmaßnahme beurteilen zu können, bedarf es individueller, einvernehmlich vereinbarter Ziele. Diese Zielvereinbarung wiederum setzt eine differenzierte Prognose am Beginn des Prozesses voraus, bei der das künftige *positive und negative Leistungsprofil* im körperlichen und seelisch-geistigen sowie im sozialen Bereich möglichst präzise formuliert wird. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen benötigten Fähigkeiten,

- die am Anfang der Reha bereits sicher beherrscht werden;
- die am Anfang der Reha nicht sicher beherrscht werden und auch auf Dauer nicht beherrscht werden können;
- die am Anfang der Reha noch nicht sicher, aber am Ende wieder sicher beherrscht werden.

Hieraus ergibt sich das positive und negative Leistungsprofil, das bereits im Rahmen der Rehaprognose eingeschätzt und mit dem Arbeitsplatz abgeglichen werden muss.

BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

Aus der frühzeitig ermittelten *Differenz zwischen Anforderung und möglichem Leistungsprofil* ergeben sich die Aufgaben für das *betriebliche Eingliederungsmanagement*. Es ist überraschend, wie viele Arbeitgeber sich bei bewährten Arbeitnehmern ausgesprochen kooperativ zeigen und mithelfen, Lösungen zu erarbeiten, wenn sie frühzeitig und präzise informiert und eingebunden werden.

Grundsätzlich wird eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz angestrebt. Ansonsten wird eine innerbetriebliche Umsetzung versucht; einen Arbeitsstättenwechsel oder gar eine Umschulung mit beruflicher Neuorientierung gilt es möglichst zu vermeiden.

Eine *vertrauensvolle Kooperation* zwischen dem Rehaträger – hier der Unfallkasse Rheinland-Pfalz – und den Leistungserbringern – hier dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz und dem Therapiezentrum Koblenz – ist die Basis für eine Optimierung des Rehamanagements. Von grundlegender Bedeutung ist dabei die *Zielvereinbarung*.

ZIELVEREINBARUNG

Die Zielvereinbarung beinhaltet die beiden zentralen Punkte:

- größtmögliches Maß an Teilhabe sowie
- größtmögliches Maß an Eigenkompetenz des Patienten.

Sie ist in jedem Fall individuell und konkret zu formulieren und einvernehmlich festzulegen. Der gesamte Rehaprozess ist im Sinne dieser Zielvereinbarung auf den *bestmöglichen Erfolg hin kritisch überprüft und per Einzelfallanalyse optimiert worden*.

Grundsätzlich zeichnet sich dieser innovative Ansatz durch eine sehr intensive Betreuung aus, insbesondere wenn es zu unerwarteten Verläufen kommt. Jeder Einzelfall wird mit dem Rehaträger detailliert analysiert; es werden Fehler benannt, Lösungen erarbeitet und diese in der weiteren Zusammenarbeit berücksichtigt. So hat sich eine stetige Fortentwicklung des Kooperationsmodells ergeben.

Neu und in Deutschland bisher offensichtlich kaum praktiziert ist auch die Zuständigkeit der Rehaeinrichtung bis zur gelungenen und anhaltenden Wiedereingliederung. Nur solche Fälle werden als erfolgreich bewertet, die eine anhaltende Wiedereingliederung entsprechend den vereinbarten Therapiezielen erreicht haben – meistens am alten Arbeitsplatz, sonst an einem veränderten oder neuen Arbeitsplatz. Bei Arbeitslosen bedeutet das die sichere Fähigkeit, sich im erlernten oder früher ausgeübten Beruf erfolgreich zu bewerben, bei Berufsanfängern eine sichere Eignung für einen Ausbildungsplatz, bei Rentnern die alltagstaugliche Belastbarkeit. Die Zuständigkeit des Rehateams für den gesamten Prozess gilt auch innerhalb des Teams: Nicht Erfolge in Teilbereichen, sondern nur die erfolgreiche Wiedereingliederung gilt als erfolgreicher Abschluss des Falles.

Dabei lassen die vielen Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung erkennen, wie groß der Schritt von der erfolgreichen Rehabilitation zu einer gelungenen Wiedereingliederung sein kann.

Defizite im Rehamanagement

Die Fehleranalyse der verschiedenen Einzelfälle hat ein ganzes Spektrum von Defiziten erbracht. Diese Defizite und die geeigneten Lösungsansätze sind zu diskutieren:

- beim Einstieg in die Reha,
- bei der Chronifizierung,
- bei Patientenaspekten sowie
- in der Zeit nach der Reha.

EINSTIEG IN DIE REHA

Zuweisung zur Reha

Die Zuweisung zur Reha ist oft unzureichend vorbereitet. Die klinische Untersuchung durch das zuweisende Krankenhaus oder den antragstellenden Vertragsarzt schätzt Rehabedarf, Rehafähigkeit, Rehapotenzial, also das erreichbare Ergebnis der Reha, und die Indikation zur Reha nicht immer angemessen ein.

Rehaziele und Rehapotenzial

Insbesondere die Rehaziele und das Rehapotenzial werden selten präzise genug benannt. Dann ist es schwierig, eine Reha zu bewerten. Das wiederum erschwert Verbesserungen. Die Rehaziele und das Rehapotenzial richtig einzuschätzen, bedarf nicht nur einer beträchtlichen ärztlichen Erfahrung in der Rehabilitation; oft wird eine *einwöchige Proberehabilitation* benötigt.

Falsche Ziele

Die Verbesserung der Funktionsfähigkeit gilt oft bereits als ausreichend, nicht die Wiedereingliederung. Diese liegt zumeist außerhalb des Einflussbereiches der Rehaklinik und fällt in die Zuständigkeit des niedergelassenen Arztes (Hausarzt, Facharzt, Unfallarzt), der für solche Probleme nicht besonders geschult ist und auch nicht besonders entlohnt wird.

Therapieplanung

Die Therapiegestaltung ist zu unspezifisch und berücksichtigt zu wenig das individuelle Leistungsspektrum, das nach der Rehabilitation eingefordert wird.

PROBLEM CHRONIFIZIERUNG

Die Chronifizierung wird in vielen Fällen schlicht verkannt. Sie wird nicht diagnostisch erfasst nach den Vorgaben der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und nicht als zwingend zu lösendes Problem in das Therapiekonzept einbezogen. Vor allem die psychischen und sozialen Krankheitsfolgen werden häufig als fehlende Motivation oder als eigenständige psychiatrische Erkrankung fehlgedeutet, z.B. als Anpassungsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder chronische Schmerzstörung (s. S. 7).

Kontext-Faktoren

Die individuellen Lebensumstände des Patienten, die sogenannten Kontext-Faktoren, werden viel zu wenig einbezogen, was bei wohnort-ferner Rehabilitation schwierig ist und einen erheblichen Aufwand bedeuten kann.

PATIENTENASPEKTE**Fehlende bzw. widersprüchliche****Krankheitskonzepte**

Ohne Krankheitskonzept gelingt keine Zielvereinbarung, kann der Patient nicht geführt werden. Weder beim chronischen regionalen Schmerzsyndrom noch beim Schleudertrauma noch bei chronischen Schmerzen liegen bislang plausible, allgemein akzeptierte Krankheitskonzepte vor.

NACH DER REHA

Die Wiedereingliederung erfolgt *nach der Reha*, liegt also außerhalb der Reha. Treten in dieser Phase Probleme auf, tun sich die Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherung ohne Mitwirkung des Leistungserbringers sehr schwer, diesen entscheidenden Abschluss der gesamten vorangegangenen Behandlung alleine erfolgreich umzusetzen.

Lösungen

Zuerst wurde vereinbart, dass Rehaträger und Leistungserbringer *gemeinsam* für den gesamten Prozess bis zur gelungenen Wiedereingliederung zuständig sind. Unter der Vorgabe, die Wiedereingliederung optimal zu erreichen, wurde der ganze Rehaprozess anhand regelmäßiger Einzelfallanalysen kritisch hinterfragt. Es ergaben sich viele Änderungen. Das Verfahren verläuft in den meisten Fällen in folgenden Schritten:

EINSTIEG IN DIE REHA

Assessment zur Indikation

Nach der Vorstellung durch den Rehaträger mit allen Unterlagen in der ambulanten Sprechstunde, hier Differenzialdiagnostik auf dem Niveau der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10), erfolgt ein umfassendes Assessment im Sinne der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), also eine Bewertung von Teilhabeminderung und Chronifizierung. In diesem Rahmen wird nach Risikofaktoren im Sinne des biopsychosozialen Krankheitskonzepts, den sogenannten „Gelben Flaggen“, gesucht (biografische Belastungen, psychiatrische Komorbiditäten, soziale Konflikte). Schon bei der ersten Begegnung mit dem Kranken ist eine möglichst gute und belastbare Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen; die Patienten müssen darauf vertrauen können, kompetent und vertrauenswürdig betreut zu werden.

Probewoche zur Rehaprognose

Selbst ein solches Assessment hat sich jedoch als nicht hinreichend zuverlässig für die Rehabilitationsprognose erwiesen. Hierfür muss der Patient in den Therapien erlebt werden. Vor allem aber muss er gewonnen werden: Nur wenn ein Patient seinen Ärzten und Therapeuten vertraut, weil er ihnen Kompetenz und Glaubwürdigkeit zuerkennt, kann er vom Krankheitskonzept, der sich daraus ableitenden Behandlung und seinen Teilhabechancen überzeugt werden. Dafür ist häufig auch die Einbindung der Angehörigen erforderlich. Dies gelingt am besten in einer einwöchigen Rehabilitation, die wir als „Probewoche“ bezeichnen.

Diese Probewoche wird so zeitnah wie möglich begonnen und umfasst die weitere Analyse des Chronifizierungsgrades, des Chronifizierungsrisikos und der biopsychosozialen Besonderheiten sowie die Untersuchungen der Aktivitäten hinsichtlich Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit. Am Ende dieser Probewoche findet ein ausführliches Gespräch zwischen dem Rehaträger, vertreten durch den Reha-Fachberater, dem Patienten, möglichst mit Angehörigen, und den Ärzten statt. Themen sind:

- die Analyse der bisher gewonnenen Erkenntnisse,
- die Auflistung der erreichbaren Ziele auf Funktionsebene,
- die Auflistung der erreichbaren Rehazielen im Sinne der Teilhabe und
- die Auflistung des dafür erforderlichen Aufwandes an Modulen und Zeit.

Zielvereinbarung

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, ob der Patient mit der Zielvereinbarung und den Methoden einer aktivierenden Reha einverstanden ist und für diese gewonnen werden konnte. Die einvernehmlich und individuell vereinbarten Rehazielen orientieren sich an der Teilhabe, nicht nur an den Funktionen und werden gemeinsam mit dem erforderlichen Aufwand in einem Rehabilitationsplan festgeschrieben.

Alle Mitarbeiter des Rehateams werden durch einen Coach in Kommunikation, Konfliktmanagement und Patientenführung (Ziele vereinbaren) geschult.

Rehaplan

Die eigentliche Reha beginnt erst nach der einvernehmlichen Akzeptanz eines Rehaplans, der in regelmäßigen Gesprächsrunden alle zwei bis drei Wochen weiterentwickelt und an die Fortschritte des Rehabilitanden angepasst wird.

Teamsitzungen

Im Team findet eine enge Abstimmung statt. Rehaplan und Rehazielen werden in mehreren Teamsitzungen pro Woche permanent fortgeschrieben und die Fortschreibung im hauseigenen Intranet dokumentiert. Die Rehabilitation jedes einzelnen Patienten ist ein Prozess.

Zusammenarbeit mit Rehaträger und Refachberater

Die enge Einbindung des Rehaträgers erfolgt in regelmäßigen Treffen, in denen der Leistungserbringer den Reha-Fachberatern den medizinischen Sachverhalt wie in einem Gutachten für Laien verständlich und umfassend darlegt, einschließlich aller medizinischen Überlegungen zum Einzelfall.

CHRONIFIZIERUNG ALS ZENTRALE REHAUFGABE

Chronifizierung ist ein über die jeweilige Krankheit hinausgehender Prozess mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen, der zum „Versanden“, zum Verlust an Teilhabe führt. Die Chronifizierung muss individuell erfasst und ganzheitlich angegangen werden, immer unter Einbezug der individuellen Lebensumstände des Patienten, der sogenannten Kontext-Faktoren. Entscheidend für einen größtmöglichen Gewinn an Teilhabe und für ein selbstbestimmtes Leben ist ein Lebensentwurf, der gemeinsam mit dem Patienten gefunden wird und den der Patient als sinnstiftend akzeptieren und verinnerlichen kann. Den meisten Patienten ist ihr tiefer Wunsch, wieder ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, gar nicht bewusst. Tatsächlich möchten sie das, was sie selbst und ihre Umgebung von ihnen erwarten, wieder so weit wie möglich tun können. Haben sie einen solchen Lebensentwurf gefunden und in der Rehabilitation erfahren, dass er für sie erreichbar ist, bilden sich die Merkmale der Chronifizierung in kurzer Zeit von selbst zurück, der Patient erscheint engagiert und motiviert und tut alles, was von ihm erwartet wird. Viele müssen sogar zur Mäßigung angehalten werden.

Dies gelingt nur, wenn die Kontext-Faktoren jedes Patienten regelmäßig einbezogen werden. So können bei guter Einbindung und erfolgreicher Veränderung der Kontext-Faktoren selbst ungünstige Konstellationen gelöst werden, wohingegen optimal erscheinende Konstellationen an ungünstigen Kontext-Faktoren scheitern können.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Eine wichtige Aufgabe dieses individuellen, ganzheitlichen Vorgehens ist das betriebliche Eingliederungsmanagement. Zunächst muss über den Rehaträger frühzeitig eine präzise Arbeitsplatzanalyse seitens des Arbeitgebers beschafft werden, denn die Angaben der Patienten erweisen sich oft als nicht zuverlässig.

Frühzeitig wird ein intensives, individuell geplantes betriebliches Eingliederungsmanagement begonnen. Der Rehabilitand wird in Form des arbeitsplatzspezifischen Trainings (Work Hardening) auf seine künftige Aufgabe vorbereitet, Defizite werden gezielt therapiert. Zu diesem Zweck ist in vielen Fällen der persönliche Besuch eines Therapeuten am Arbeitsplatz erforderlich, um die derzeit erbringbare und die künftig geforderte Leistung per Video zu dokumentieren. In unsicheren Fällen wird vereinzelt im Bereich Koblenz ein Praktikum organisiert,

in dem der Patient ohne Nachteile versagen oder scheitern kann. Der Wiedereingliederungsplan wird dann angepasst. Auch besteht eine enge Zusammenarbeit mit einer Fahrschule, denn die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Fahrfähigkeit ist ein wesentliches Therapieziel im Sinne der Teilhabe.

Wenn das Verfahren derart auf die individuellen Gegebenheiten angepasst wird, die Kontext-Faktoren also optimal beeinflusst werden, ist ein solches betriebliches Eingliederungsmanagement eine überaus effektive Maßnahme zur Rückkehr an den Arbeitsplatz.

PATIENTENASPEKTE

Patientenschulung (Eduktion)

Die Patientenschulung wurde zunehmend ausgebaut und weit über den einzelnen Krankheitsbereich hinaus gestaltet. Unser ganzheitlicher Zugang zum Patienten und seinen Krankheitsfolgen erfordert den mündigen, informierten, kritischen, aber auch offenen Patienten.

Patienteneinstellung

Patienten verhalten sich unterschiedlich in einer Rehabilitation. Immer wieder zu beobachtende, wenig hilfreiche („dysfunktionale“) Verhaltensweisen lassen sich auf entsprechende Einstellungen zurückführen: Bruch von Vereinbarungen, Übernahme der Reha-Führung, Anzweifeln des Konzepts, Arztwechsel, Einbeziehung Dritter. Die Rehabilitation wird dadurch erheblich erschwert, kann sogar scheitern. Meist ist die

Beziehung zwischen Patient und Team in diesen Fällen instabil und wenig vertrauensvoll, der Patient ist unsicher und lässt sich nicht führen. Das gilt es zu erkennen und zielgerichtet zu verbessern. Hierzu dienen intensive Gespräche mit den Patienten, eventuell ein Therapeutenwechsel und schließlich das Einschalten des Rehaträgers.

Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Eine große Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf besitzt die Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit. Hierzu wird das Performance Assessment Capacity Testing (PACT) eingesetzt, bei dem die Patienten ihre Leistungsfähigkeit im Hinblick auf verschiedene Verrichtungen einschätzen. Viele Patienten unterschätzen sich, einige überschätzen sich. In jedem Fall muss die Differenz zum tatsächlichen Leistungsvermögen korrigiert werden. Hierzu verwenden wir Balkengraphiken über Leistungsmessungen und Selbstkonfrontationen im Video, zusätzlich zu Informationsgesprächen und zu der Einbindung von Angehörigen.

Exkurs: Performance Assessment Capacity Testing (PACT)

Dem Rehabilitanden werden Bilder von alltäglichen körperlichen Leistungen gezeigt; er bewertet spontan, wie schwer ihm diese Aufgaben fallen würden. 50 Aufgaben ergeben bei einer 0 als niedrigstem Wert („kann ich nicht“) eine Mindestpunktzahl von 0 und bei einer 4 als höchstem Wert („fällt mir leicht“) eine Höchstpunktzahl von 200.

Schmerz und Betäubung

Die Wiederherstellung der alltagstauglichen Belastbarkeit und Eigenkompetenz des Patienten lässt sich gerade bei Schmerzpatienten kaum mit einer intensiven Betäubung vereinbaren. Auch erscheinen aktivierende und leistungssteigernde Maßnahmen unter Betäubung riskant. Daher wird den Schmerzpatienten nicht die Reduktion des Schmerzes als Therapieziel ausgeben, sondern der selbstbestimmte Lebensentwurf und die höhere Lebensqualität. Fast alle Patienten empfinden die Reduktion der Medikation zunächst als bedrohlich, aber schließlich stimmen die meisten zu. Viele machen einen strapaziösen ambulanten Entzug durch, die Befreiung von betäubenden Maßnahmen wird dann aber als großer Fortschritt registriert. Es zeigt sich, dass selbst Patienten mit jahrelangem hohen Schmerzmittelkonsum, Schmerzpflastern, Schmerzpumpen und Stimulatoren in aller Regel ohne diese Maßnahmen auskommen können, wenn sie die Angst vor dem Absetzen der Schmerzmittel verloren haben und dies nicht mehr als bedrohlich, sondern als Gewinn an Lebensqualität ansehen. Wir registrieren eine

viel höhere Kooperation der Patienten; zudem lassen sich die Wahrnehmung und auch die Koordination von Bewegungen ohne Betäubung wesentlich besser schulen. In der Diagnostik sind Untersuchungen von Weichteilen nur *ohne Schmerzmittel* aussagefähig.

Selbstmanagement und Ressourcenorientierung

Selbstmanagement umfasst auch die Eigenverantwortlichkeit und Eigenkompetenz der Patienten im Management von Krisen, die sogenannte *Erste Hilfe bei Schmerz-Attacken*. Der Patient erlernt eine Kaskade vorgegebener Maßnahmen, die sich für ihn als hilfreich erwiesen hat und die er selbst mit den Therapeuten erarbeitet hat. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen aus der psychologischen Schmerztherapie (Entspannung, Aufmerksamkeitslenkung, Stressbewältigung, Fantasiereisen, Autosuggestion, Elemente aus dem Neurolinguistischen Programmieren) und physikalische Maßnahmen (u.a. Kälte).

Krankheitskonzepte

Jede Zielvereinbarung verlangt ein Krankheitskonzept. Nur dann kann der Patient die therapeutischen Vorgaben verstehen und ihnen folgen. Zum Schleudertrauma und zum chro-

nischen regionalen Schmerzsyndrom liegen jedoch bis heute nur sehr widersprüchliche Krankheitskonzepte vor, gleiches gilt für chronische Schmerzen.

Wir haben daher zu diesen Krankheitsbildern neue Konzepte vorgelegt, die in sich schlüssig sind und auf die Verbesserung der Teilhabe abzielen. Auf diesen Krankheitskonzepten aufbauend haben wir zielgerichtete Therapien entwickelt, mit denen die Patienten erfolgreich behandelt werden können. Somit haben sich die Krankheitskonzepte als zutreffend erwiesen. Dies heißt nicht, dass sämtliche Fälle erfolgreich verlaufen. Bei der Analyse der nicht erfolgreichen Fälle lässt sich aber eindeutig zeigen, dass die Defizite nicht im Konzept liegen. Für alle Indikationen gilt, dass die Therapieziele und der weitgehende Verzicht auf Schmerzmittel diesen Patienten nicht vertraut sind, sie dies nicht erwarten und erst hierfür gewonnen werden müssen.

NACH DER REHA

Wiedereingliederungsmanagement mit Arbeits- und Belastungserprobung

Am Ende der Rehabilitation erfolgt die Überleitung in die Arbeits- und Belastungserprobung. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement findet in nahezu allen Fällen statt, so dass die Arbeits- und Belastungserprobung erfolgreich gesteuert werden kann und ein Abbruch vermieden wird. Dafür ist die enge Weiterbetreuung durch die Rehaeinrichtung obligat. Nur eine konstante Betreuung durch die gleichen Teammitglieder bewahrt das bestehende Vertrauensverhältnis.

Vor Beginn der Arbeits- und Belastungserprobung sollte der Rehabilitand den persönlichen Kontakt am Arbeitsplatz suchen und psychologische Hemmnisse bei Vorgesetzten, Kollegen, aber auch bei sich selbst abbauen. Bei einer PTBS können im Rahmen der Arbeits- und Belastungserprobung vorübergehend innerbetriebliche Anpassungen vorgenommen werden, z.B. der Verzicht auf Nachtdienst, der Wechsel in eine andere Station im Krankenhaus oder andere Filiale einer Bank etc.

Krisenintervention

Bei Schwierigkeiten besteht die Möglichkeit eines telefonischen Kontakts im Sinne der Krisenintervention. Ansonsten gewährleistet die Einrichtung die weitere regelmäßige Betreuung, am ehesten zunächst durch einen Rehatag pro Woche, damit alle Berufsgruppen den Rehabilitanden sehen und das Erarbeitete überprüfen können. Psychologische Probleme am Arbeitsplatz werden vom Rehaträger vor Ort besprochen und geklärt. Dann wird die ärztliche Überwachung im Rahmen der Sprechstunde zunehmend verdünnt, auch hier unter Einschaltung des Rehaträgers. Gegebenenfalls können noch einmal wenige Therapien (Heilmittel auf Rezept) nötig werden.

Vorstellungen in der ärztlichen Sprechstunde haben sich besonders bewährt bei wechselhaftem Verlauf: einmal um zu klären, welche Maßnahmen dann geboten erscheinen, aber auch wegen der Frage, ob überhaupt noch ein Unfallzusammenhang gegeben ist.

Übergreifende Struktur und Kompetenz der Einrichtung

STRUKTURELLE VORAUSSETZUNG

Gesetzlich sind Rehabilitation und ambulante Krankenversorgung getrennt. Gerade für die Bedürfnisse chronisch Kranker ist aber eine isolierte Rehabilitation, noch dazu wohnortfern, ungünstig. Zu fordern ist eine eng mit der Reha vernetzte Einrichtung für ambulante Krankenversorgung, nicht nur für die Vorauswahl (Indikation) der Patienten zur Reha, sondern auch für die Vorbereitung auf die Reha und insbesondere die Nachbehandlung. Zudem kommt ein Teil der Patienten ohne Rehabilitation aus und kann nur mit ambulanter Versorgung erfolgreich therapiert werden.

Daher bedurfte es einer strukturellen Anpassung: 2005 wurde das Medizinische Versorgungszentrum Koblenz zusätzlich zum Therapiezentrum Koblenz gegründet. Erst das Zusammenwirken von Medizinischem Versorgungszentrum für die ambulante Krankenversorgung und Therapiezentrum für Rehabilitation und Prävention bietet die erforderlichen *strukturellen Voraussetzungen*.

FACHÜBERGREIFENDE KOMPETENZEN

Chronifizierte Patienten brauchen fachübergreifende Strukturen und Kompetenzen. Eine erfolgreiche Therapie im Sinne der benannten Therapieziele verlangt ärztliche Kompetenz in mehreren Fachgebieten, vor allem in den Bereichen konservative Orthopädie (Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie), Neurologie, Psychiatrie mit Psychotherapie und Spezielle Schmerztherapie. Obligat ist die Diagnostik nicht nur auf dem Niveau der Krankheiten (ICD 10), sondern auch ein Assessment nach den Krankheitsfolgen (ICF). Nur so kann der Rehabilitationsbedarf überhaupt begründet werden, nur so können die Rehabilitationsprognose und der für die Rehabilitation erforderliche Aufwand eingeschätzt werden.

Neben der ärztlichen Kompetenz bedarf es Kompetenzen in

- der Pflege,
- der Psychologie (Verhaltenstherapie, klinische Neuropsychologie),
- der Physiotherapie mit medizinischer Trainingstherapie,
- der Ergotherapie mit Work Hardening im Sinne des arbeitsplatzspezifischen Trainings,
- der Logopädie,
- der Sozialpädagogik und
- der Ernährungsberatung.

MESSPLÄTZE UND MODELLARBEITSPLÄTZE

Im Rahmen des arbeitsplatzspezifischen Trainings (Work Hardening) steht ein umfassender Parcours mit allen Messplätzen und standardisierten Modellarbeitsplätzen sowie nachgebauten Belastungssituationen am Arbeitsplatz, zu Hause und in der Freizeit zur Verfügung.

Alle Bereiche sind auch diagnostisch tätig bei der Einschätzung des Rehabedarfs, der Rehafähigkeit und Rehapgnose sowie des dafür erforderlichen Aufwands. Eine besondere diagnostische Situation ist die Begutachtung inklusive Heilverfahrenssteuerung. Hierfür besteht zusätzlich eine verkehrsmedizinische Qualifikation und es wird die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgehalten.

Exkurs: Evaluation der Funktionalen Leistungsfähigkeit (EFL)

International standardisiertes Programm von 29 verschiedenen Aufgaben, das ein umfassendes Bild der körperlichen Leistungsfähigkeit gibt. Für jede Aufgabe wird das Leistungsvermögen ermittelt. Die Mitarbeit kann durch eine Stimmigkeitsprüfung der einzelnen Ergebnisse erfasst werden. Die Tester sind geschult und beurteilen die Rehabilitanden nach definierten Kriterien.



Abb. 3/4: Modellarbeitsplätze im Rahmen des arbeitsplatzspezifischen Trainings (Work Hardening).



Die Einrichtung

Das Therapiezentrum Koblenz ist eine teilstationäre Einrichtung und verzichtet auf einen eigenen Hotelbetrieb. Patienten aus dem Raum Koblenz und der näheren Umgebung fahren abends nach Hause, Patienten aus der weiteren Umgebung wohnen in benachbarten Hotels. Das Wochenende können die Patienten zu Hause verbringen, um dort neu Erlerntes zu erproben. Die Patienten nehmen schon während der Reha Kontakt zum Arbeitsplatz auf, Angehörige werden in die Reha mit einbezogen.

Multimodales tagesklinisches Konzept

Die teilstationäre Rehabilitation dauert in der Regel mehrere Wochen. Sie ist multimodal, erfolgt also auf allen für das Heilverfahren relevanten Gebieten, und umfasst täglich ca. sechs Stunden. Bei Patienten mit einer Anfahrtszeit von mehr als 45 Minuten oder solchen mit einer begrenzten Reisefähigkeit organisiert die Unfallkasse Rheinland-Pfalz eine Hotelunterbringung in unmittelbarer Nachbarschaft zum Therapiezentrum Koblenz.

Erfolgreiches Rehamanagement

Das aus der täglichen Arbeit Schritt für Schritt gemeinsam durch den Rehaträger und den Leistungserbringer entwickelte Kooperationsmodell ist hinsichtlich der Methodik wissenschaftlich evaluiert worden. Ein erfolgreiches Rehamanagement wird definiert anhand der folgenden sieben Punkte:

- 1) Das Verfahren dauert über den kompletten Rehabilitationsverlauf an und endet in der Regel erst mit der beruflichen Wiedereingliederung des Patienten.
- 2) Die Beratung richtet sich nach dem Bedarf des Patienten und nicht nach dem Angebot und der Zuständigkeit der Unfallkasse oder des Therapiezentrums.
- 3) Der Patient und seine Probleme und Ressourcen werden umfassend betrachtet, d.h. es werden alle Faktoren berücksichtigt, die Einfluss auf die Rehabilitation haben.
- 4) Es erfolgt eine regelmäßige Kooperation mit relevanten Personen und Organisationen wie etwa den Angehörigen oder dem Arbeitgeber.
- 5) Der Reha-Fachberater baut für den Versicherten ein passendes Hilfesystem aus informellen (z.B. Angehörige) und formellen Helfern (z.B. Ärzte, Therapeuten) auf.
- 6) Durch die Koordination fallrelevanter Personen und Organisationen sollen die beschriebenen Probleme gelöst und die vereinbarten Ziele erreicht werden.
- 7) Die Arbeit des Reha-Fachberaters sowie die Rehabilitation und Zufriedenheit des Patienten werden reflektiert, gesichert und weiterentwickelt.

Das Kooperationsmodell „posttraumatische Chronifizierungen“ erfüllt diese sieben Punkte.

Der Fachberater für Rehabilitation (FBR)

Die Unfallkasse ist als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig für das medizinische Heilverfahren, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach einem Arbeitsunfall. Aufgrund dieser Leistungserbringung aus einer Hand sind die Fachberater für Rehabilitation in der Lage, die Versicherten während der gesamten Rehabilitationsphase zu begleiten.

Im Rahmen der regelmäßigen Besuchstermine im Therapiezentrum Koblenz klärt der Fachberater für Rehabilitation in Abstimmung mit dem Versicherten und den Ärzten und Therapeuten den Rehabilitationsbedarf und erarbeitet mit den Beteiligten einen Rehabilitationsplan. Ziel ist eine individuelle und ganzheitliche Rehabilitation. Dazu bündelt er Informationen

- aus dem privaten Umfeld des Versicherten,
- aus der Arbeitssituation (Arbeitsplatz/Arbeitgeber) und
- aus den sonstigen Kontext-Faktoren.

Der Fachberater für Rehabilitation ist Anlaufstelle für den Versicherten, die medizinische Einrichtung und den Arbeitgeber und bringt rechtliche Aspekte aus der Sicht des Rehaträgers ein. Er koordiniert die Interessen und Aktivitäten aller Beteiligten im Sinne des vereinbarten Rehabilitationsziels und übt eine kritische Kontrollfunktion im Rehaprozess aus. Somit unterstützt er

- den Versicherten bei der Entwicklung eines neuen Lebensentwurfs und
- den Arbeitgeber bei der Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM, § 84 SGB IX).



Abb. 5: Enge Zusammenarbeit vor Ort: wöchentliche Meetings in der Rehaeinrichtung mit den Reha-Fachberatern (Michael Arnold und Wolfgang Gesell im Gespräch mit Frau Cecilija Kügelgen und Dr. Bernhard Kügelgen)

Ergebnisse in Zahlen

Das Kooperationsmodell „Posttraumatische Chronifizierungen“ hat sich in hohem Maß bewährt. Die neuen Konzepte und die darauf aufbauende Therapie bei chronischen regionalen Schmerzsyndromen und Schleudertraumata erweisen sich als erfolgreich. Auch die deutlich veränderte Einschätzung und Behandlung chronischer Schmerzen führt zu sehr guten Ergebnissen. Die Behandlung verzichtet weitgehend auf betäubende Maßnahmen und ist nicht ausgerichtet an der Schmerzreduktion, sondern an der Verbesserung der Teilhabe und Eigenkompetenz als Therapiezielen. Selbst Patienten, bei denen das Heilverfahren vorher bereits abgeschlossen worden war, konnten erfolgreich wiedereingegliedert werden.

Die gemeinsam mit dem Rehaträger durchgeführte Evaluation zeigt, dass in den Jahren 2006 bis 2008 über 200 Versicherte der Unfallkasse Rheinland-Pfalz im Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz und Therapiezentrum Koblenz behandelt wurden, darunter 131 mit den genannten vier Diagnosen. Dabei wurden die folgenden Variablen erhoben: *Alter* (in Alterskategorien), *Krankheitsdauer* (in Kategorien), *Schmerzmittelkonsum*, *Entlassungsbefund* und *sozialmedizinischer Status* (vor/nach der Reha). Beim Diagnosecluster „andere chronische Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems“ wurde zusätzlich die *Verletzungsart* erfasst. Bei der PTBS sind Schmerzmittel nicht indiziert. Eventuell eingenommene Anxiolytika wurden vor beziehungsweise zu Beginn der Traumatherapie abgesetzt.

SCHLEUDERTRAUMA

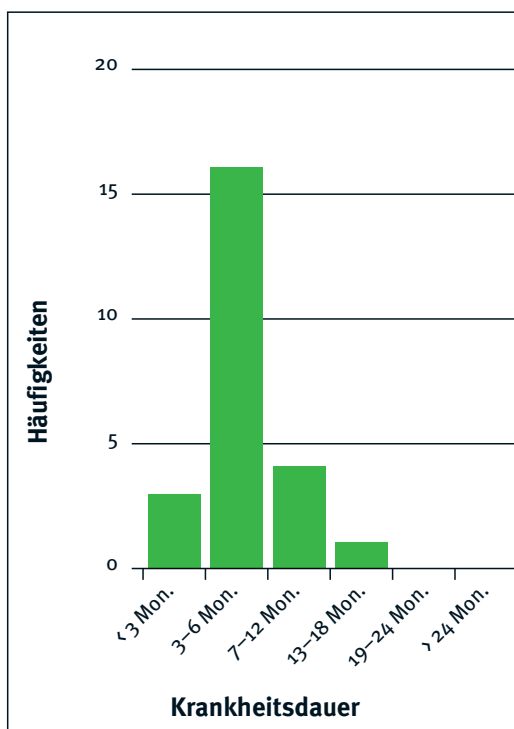
24 Patienten (16 Frauen, 8 Männer)

Alter	
Alterskategorien	f
0 – 17 Jahre	1
18 – 35 Jahre	12
36 – 53 Jahre	8
54 – 71 Jahre	3
72 Jahre und älter	0

Tabelle 1: Altersverteilung in Alterskategorien

Krankheitsdauer	
Kategorien	f
< 3 Monate	3
3 – 6 Monate	16
7 – 12 Monate	4
13 – 18 Monate	1
19 – 24 Monate	0
> 24 Monate	0

Tabelle 2: Krankheitsdauer in Kategorien



Schmerzmittelkonsum	
Kategorien	f
in der Reha abgesetzt	5
in der Reha nicht abgesetzt	3
keine Schmerzmittel bei Aufnahme	16

Tabelle 3: Schmerzmittelkonsum

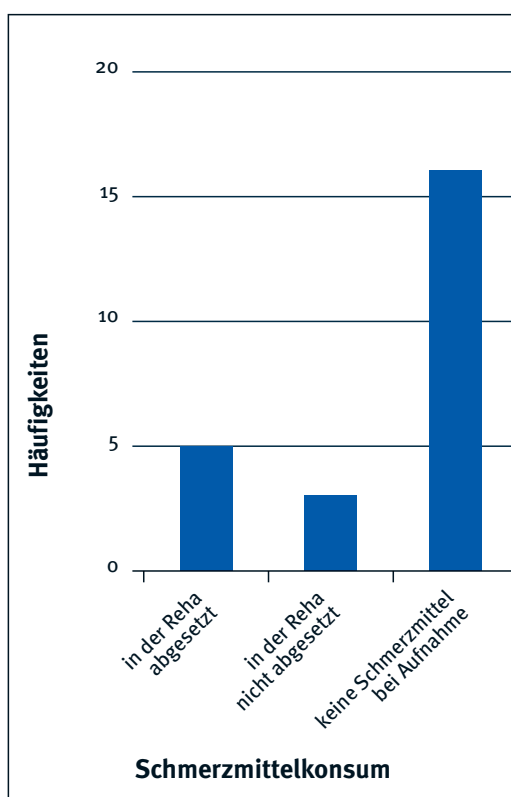


Abb. 7: Schmerzmittelkonsum. Die meisten Schleudertraumapatienten weisen zu Beginn der Reha keinen Konsum von Schmerzmitteln auf. Bei etwa einem Fünftel konnten in der Reha Schmerzmittel abgesetzt werden.

Abb. 6: Krankheitsdauer in Kategorien. Der Großteil dieser Patientengruppe weist eine Krankheitsdauer von bis zu einem halben Jahr auf.

Entlassungsbefunde

Befund	f
komplette Remission (keine Einschränkungen)	12
leichte Restbefunde (nicht sozialmedizinisch relevant)	8
deutliche Restbefunde (sozialmedizinisch relevant, Besserung zum Aufnahmebefund)	1
keine Verbesserung (im Vergleich zum Aufnahmebefund, da Reha abgebrochen)	3

Tabelle 4: Entlassungsbefunde

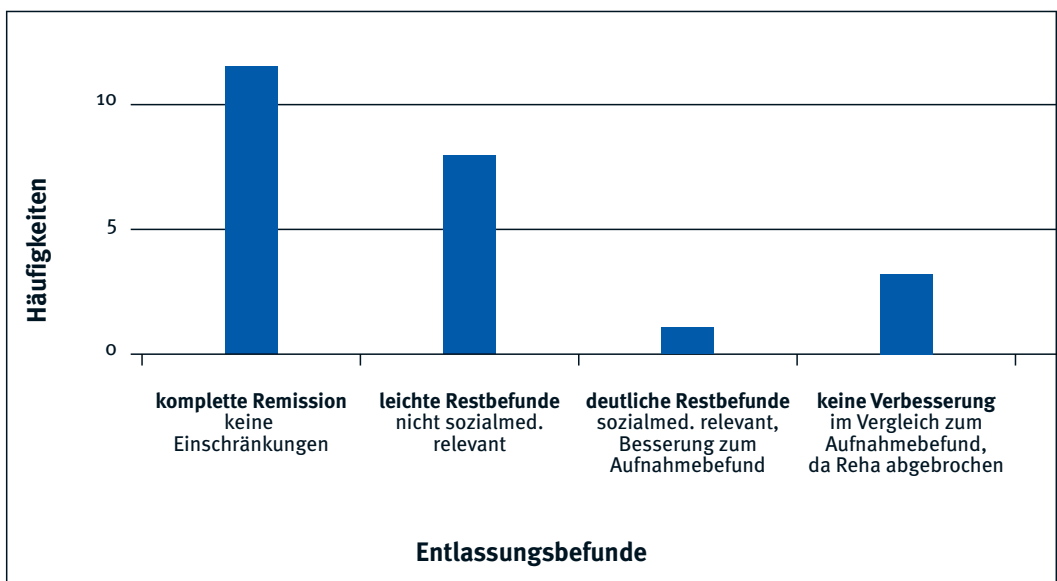


Abb. 8: Entlassungsbefunde. Der Großteil der Schleudertraumapatienten ist komplett remittiert oder weist nur noch leichte Restbefunde auf, die nicht sozialmedizinisch relevant sind.

Sozialmedizinischer Status		
Status	vor der Reha	nach der Reha
arbeitsunfähig	12	0
arbeitsfähig	9	21
arbeitslos/Rente	0	0

Tabelle 5: Sozialmedizinischer Status. Von 24 Patienten haben drei die Reha abgebrochen, die hier nicht aufgeführt sind. Alle 21 Schleudertraumapatienten, welche die Reha durchführten, konnten erfolgreich wiedereingegliedert werden. Zwölf davon waren vorher arbeitsunfähig, neun Patienten waren vorher arbeitsfähig, litten aber unter diversen Chronifizierungsfolgen.

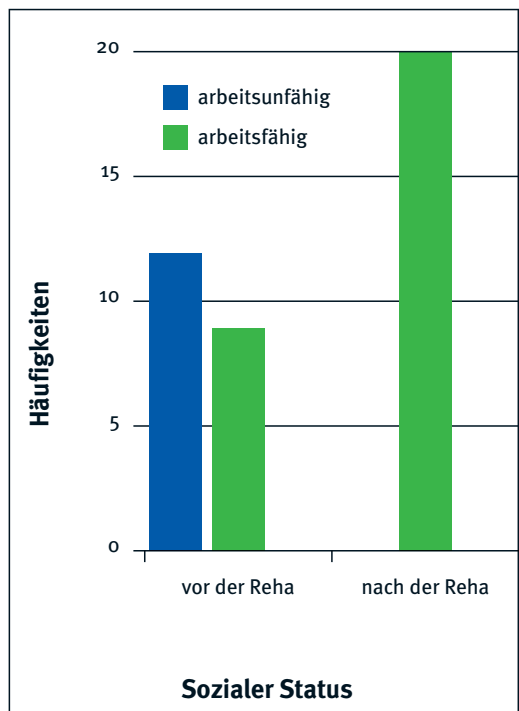


Abb. 9: Sozialmedizinischer Status

CHRONISCHES REGIONALES SCHMERZSYNDROM (CRPS)

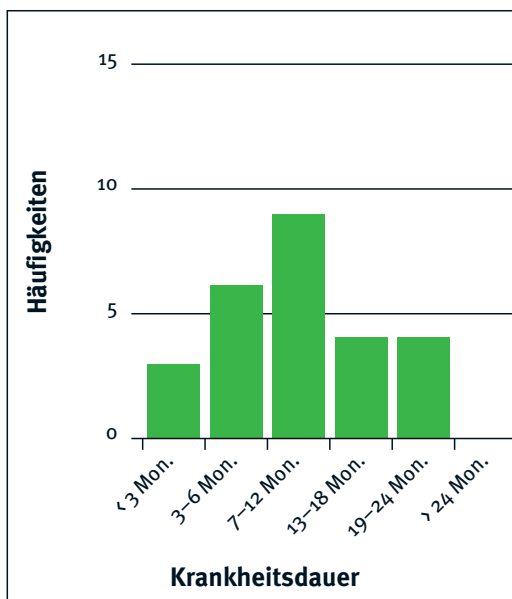
26 Patienten (14 Frauen, 12 Männer)

Alter	
Alterskategorien	f
0 – 17 Jahre	1
18 – 35 Jahre	4
36 – 53 Jahre	14
54 – 71 Jahre	6
72 Jahre und älter	1

Tabelle 6: Altersverteilung in Alterskategorien

Krankheitsdauer	
Kategorien	f
< 3 Monate	3
3 – 6 Monate	6
7 – 12 Monate	9
13 – 18 Monate	4
19 – 24 Monate	4
> 24 Monate	0

Tabelle 7: Krankheitsdauer in Kategorien. In drei Viertel aller Fälle bestand eine Krankheitsdauer von bis zu einem Jahr, wobei insbesondere chronische Verläufe mit einer Dauer von sieben bis zwölf Monaten gehäuft auftraten. Ein Drittel aller CRPS-Patienten gab eine Krankheitsdauer von ein bis zwei Jahren an.



Schmerzmittelkonsum	
Kategorien	f
in der Reha abgesetzt	15
in der Reha nicht abgesetzt	1
keine Schmerzmittel bei Aufnahme	10

Tabelle 8: Schmerzmittelkonsum. Ca. 39% aller CRPS-Patienten nahmen bei der Aufnahme keine Schmerzmittel. Bei 58% der CRPS-Patienten konnten im Verlauf der Reha die Schmerzmittel erfolgreich abgesetzt werden.

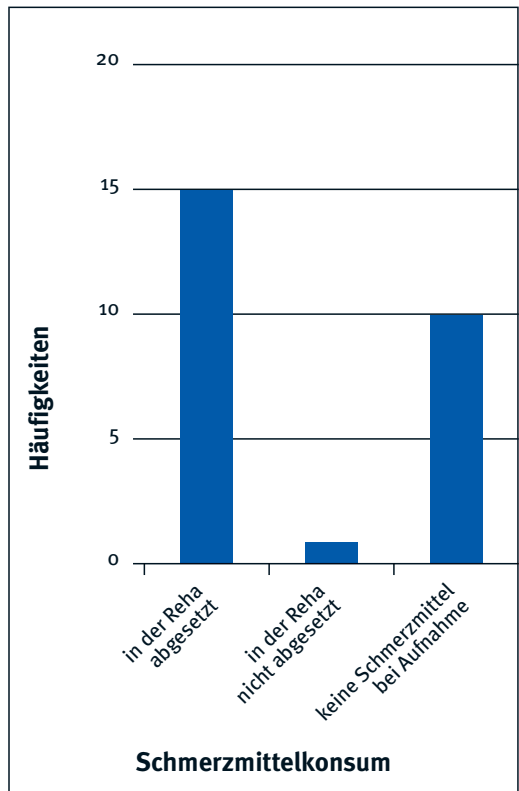


Abb. 11: Schmerzmittelkonsum bei CRPS-Patienten.

Abb. 10: Krankheitsdauer in Kategorien bei CRPS-Patienten.

Sozialmedizinischer Status		
Status	vor der Reha	nach der Reha
arbeitsunfähig	16	3
arbeitsfähig	6	19
arbeitslos/Rente	4	4

Tabelle 9: Sozialmedizinischer Status. Entwicklung: 19 der 26 CRPS-Patienten (73%) konnten nach der Reha erfolgreich wiedereingegliedert werden. Drei vorher arbeitsunfähige Patienten wurden nicht erfolgreich wiedereingegliedert, da dies von unterschiedlicher Seite nicht erwünscht war. Vier Patienten waren bereits vor der Reha ohne Arbeit oder erhielten bereits Rente.

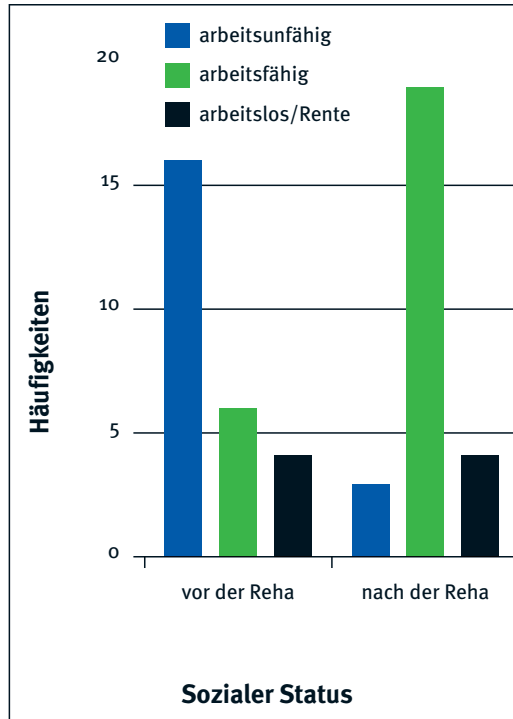


Abb. 12: Sozialmedizinischer Status

Entlassungsbefunde

Befund	f
komplette Remission (keine Einschränkungen)	11
leichte Restbefunde (nicht sozialmedizinisch relevant)	10
deutliche Restbefunde (sozialmedizinisch relevant, Besserung zum Aufnahmebefund)	4
keine Verbesserung (im Vergleich zum Aufnahmebefund, da Reha abgebrochen)	1

Tabelle 10: Entlassungsbefunde. 42% der Patienten wiesen nach der Reha keine Einschränkungen mehr auf und remittierten vollständig. Bei 39% zeigten sich noch leichte Restbefunde, die nicht sozialmedizinisch relevant waren. Bei vier Patienten (11%) konnte eine sozialmedizinisch relevante Besserung im Vergleich zum Aufnahmebefund beobachtet werden; dennoch lagen weiterhin deutliche Restbefunde der Chronifizierung vor.

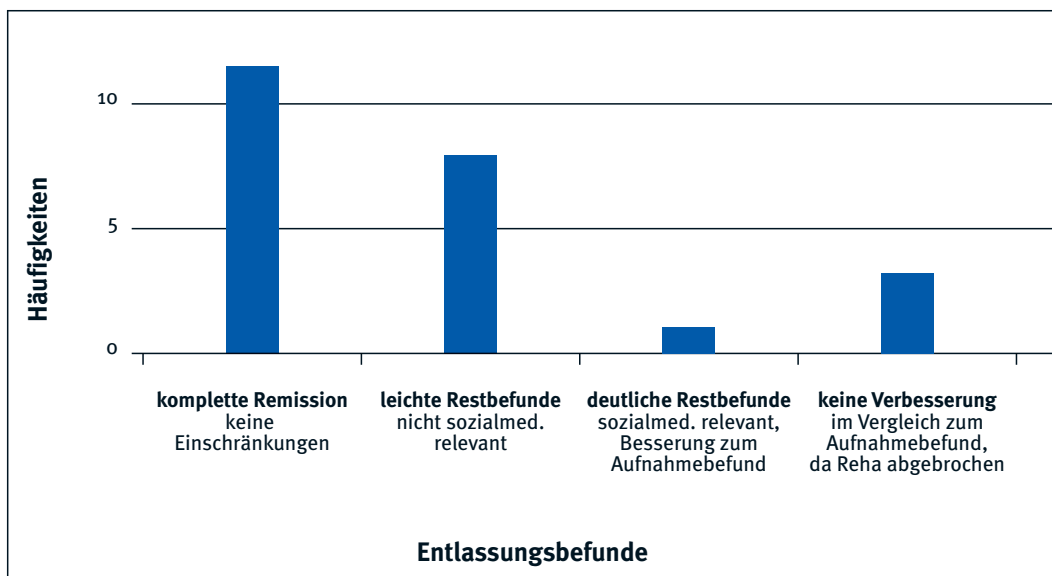


Abb. 13: Entlassungsbefunde

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

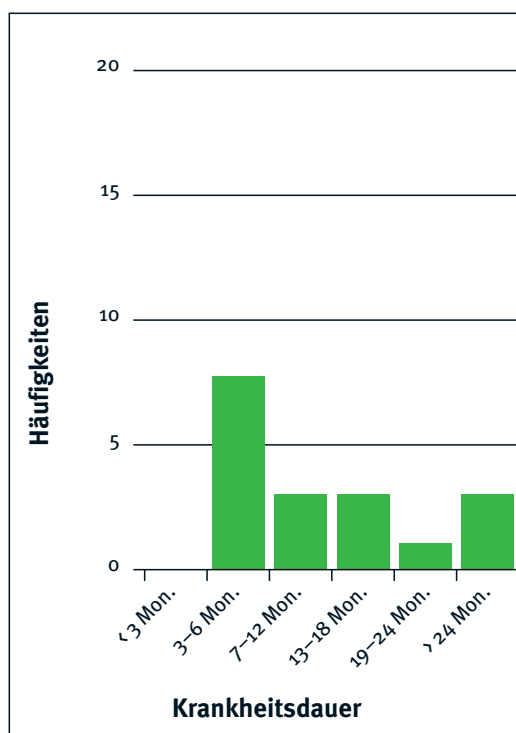
18 Patienten (10 Frauen, 8 Männer)

Alter	
Alterskategorien	f
0 – 17 Jahre	0
18 – 35 Jahre	8
36 – 53 Jahre	7
54 – 71 Jahre	3
72 Jahre und älter	0

Tabelle 11: Altersverteilung in Alterskategorien

Krankheitsdauer	
Kategorien	f
< 3 Monate	0
3 – 6 Monate	8
7 – 12 Monate	3
13 – 18 Monate	3
19 – 24 Monate	1
> 24 Monate	3

Tabelle 12: Krankheitsdauer. Bei PTBS-Patienten wurde in 14 Fällen (78%) eine Krankheitsdauer von bis zu 18 Monaten beobachtet. Auch einige wenige Langzeitverläufe von über zwei Jahren (drei Patienten, 17%) kamen vor.



Sozialmedizinischer Status		
Status	vor der Reha	nach der Reha
arbeitsunfähig	11	4
arbeitsfähig	7	13
arbeitslos/Rente	0	1

Tabelle 13: Sozialmedizinischer Status. Entwicklung: 14 PTBS-Patienten (78%) konnten erfolgreich wiedereingegliedert werden: Vier Patienten (22%) waren nach der Reha noch arbeitsunfähig. Ein bereits vorher arbeitsunfähiger Patient konnte nicht wiedereingegliedert werden, da dies nicht erwünscht war. Drei weitere Patienten (auch bereits vorher arbeitsunfähig) konnten nicht wieder eingegliedert werden, da dies medizinisch nicht umsetzbar war.

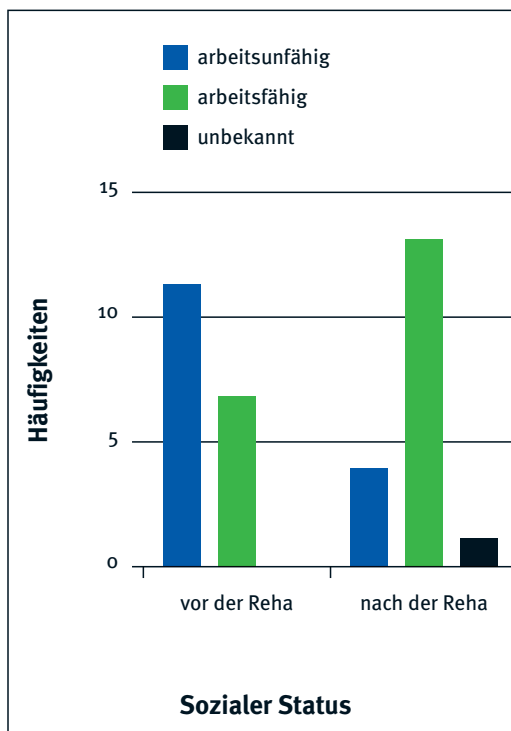


Abb. 15: Sozialmedizinischer Status der PTBS-Patienten vor und nach der Reha.

Abb. 14: Angaben zur Krankheitsdauer bei PTBS-Patienten.

Entlassungsbefunde

Befund	f
komplette Remission (keine Einschränkungen)	10
leichte Restbefunde (nicht sozialmedizinisch relevant)	3
deutliche Restbefunde (sozialmedizinisch relevant, Besserung zum Aufnahmebefund)	2
keine Verbesserung (im Vergleich zum Aufnahmebefund, da Reha abgebrochen)	3

Tabelle 14: Entlassungsbefunde. Zehn PTBS-Patienten (56%) remittierten vollständig ohne Einschränkungen. Drei Patienten (17%) zeigten nach der Reha noch leichte Restbefunde, die jedoch nicht sozialmedizinisch relevant waren. Zwei Patienten (11%) verbesserten sich im Vergleich zum Aufnahmebefund, zeigten jedoch sozialmedizinisch relevante Restbefunde. Bei den drei restlichen Patienten konnte keine Verbesserung erreicht werden (Reha abgebrochen).

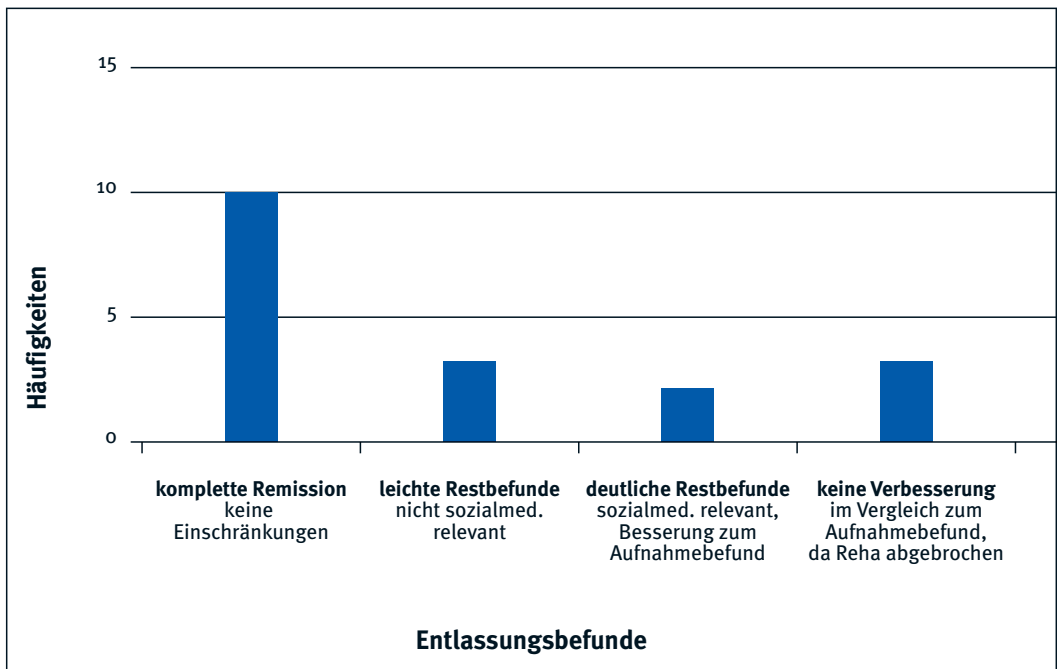


Abb. 16: Entlassungsbefunde der PTBS-Patienten.

**ANDERE PATIENTEN MIT CHRONISCHEN SCHMERZEN NACH VERLETZUNGEN
DES BEWEGUNGSSYSTEMS**

63 Patienten (24 Frauen, 39 Männer)

Alter	
Alterskategorien	f
0 – 17 Jahre	0
18 – 35 Jahre	14
36 – 53 Jahre	30
54 – 71 Jahre	18
72 Jahre und älter	1

Tabelle 15: Altersverteilung in Alterskategorien

Krankheitsdauer	
Kategorien	f
< 3 Monate	8
3 – 6 Monate	11
7 – 12 Monate	11
13 – 18 Monate	7
19 – 24 Monate	2
> 24 Monate	15
> 10 Jahre	7
keine genauen Angaben	2

Tabelle 16: Krankheitsdauer in Kategorien

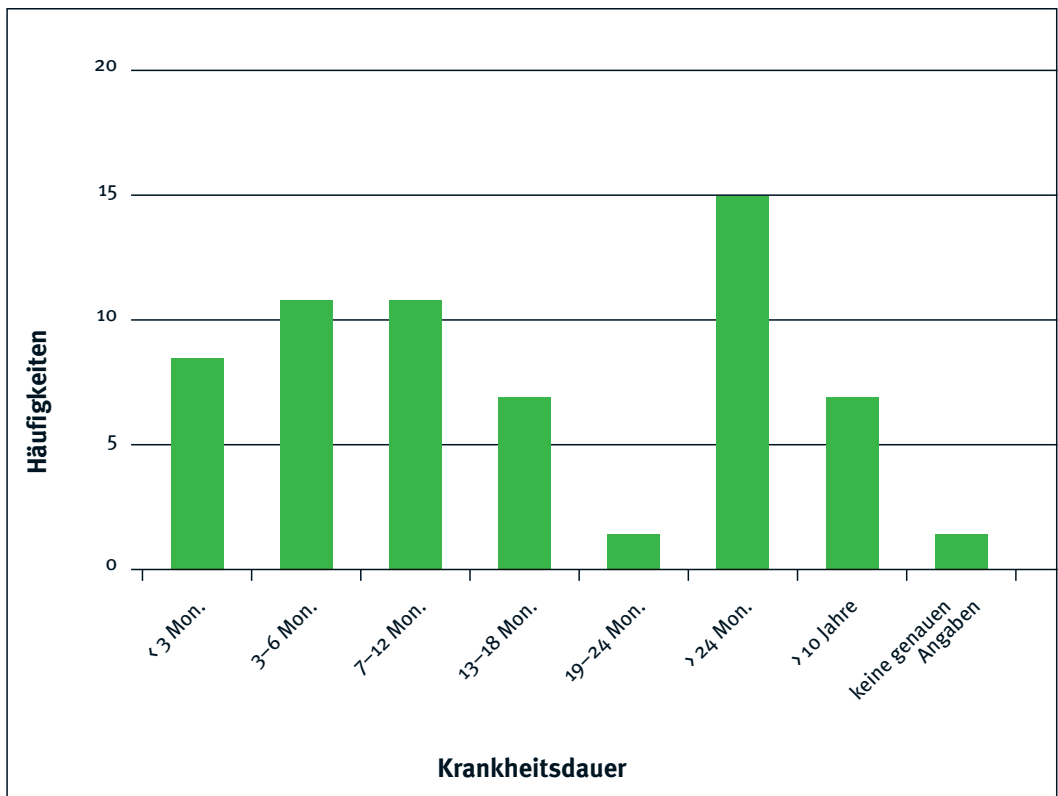


Abb. 17: Krankheitsdauer in Kategorien. Hierbei zeigt sich ein relativ heterogenes Bild an chronischen Krankheitsverläufen. Es wurden hier sogar Langzeitverläufe von über 10 Jahren gefunden.

Schmerzmittelkonsum

Kategorien	f
in der Reha abgesetzt	15
in der Reha nicht abgesetzt	1
keine Schmerzmittel bei Aufnahme	10

Tabelle 18: Schmerzmittelkonsum. 36 Patienten (57%) waren vor der Reha schmerzmittelfrei. Bei fast allen restlichen Patienten (26, entspricht 41%) konnte im Verlauf der Reha auf Schmerzmittel verzichtet werden.

Sozialmedizinischer Status

Status	vor der Reha	nach der Reha
arbeitsunfähig	30	14
arbeitsfähig	30	46
arbeitslos/Rente	3	3

Tabelle 19: Sozialmedizinischer Status. Entwicklung: 46 Patienten (73%) konnten nach der Reha erfolgreich wieder eingegliedert werden. Bei den restlichen 17 Patienten (22%) konnte eine Wiedereingliederung nicht erfolgreich beendet werden: Drei bezogen bereits Rente bzw. waren ohne Arbeit, vier brachen die Reha ab, einer die ABE, in vier Fällen (vorher bereits arbeitsunfähig) war eine Wiedereingliederung nicht erwünscht und in fünf Fällen (vorher bereits arbeitsunfähig) war eine Wiedereingliederung aus medizinischen Gründen nicht möglich.

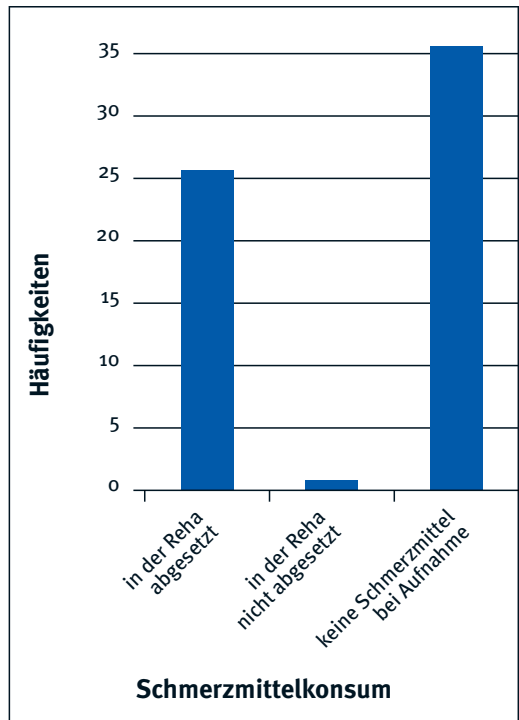


Abb. 19: Schmerzmittelkonsum

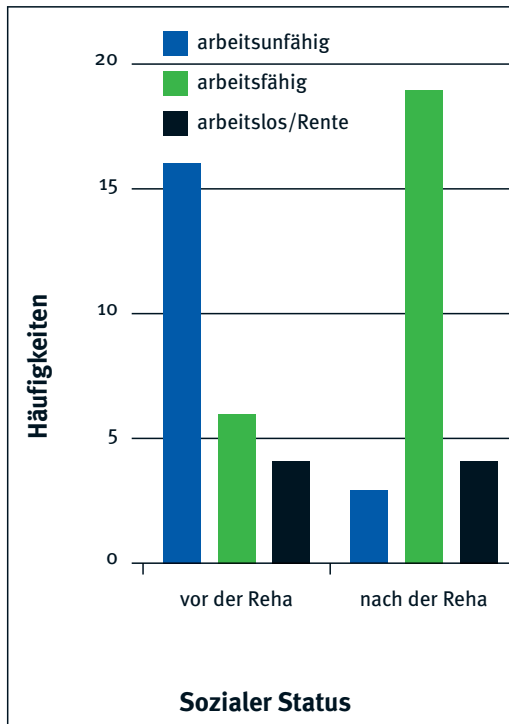


Abb. 20: Sozialmedizinischer Status vor und nach der Reha.

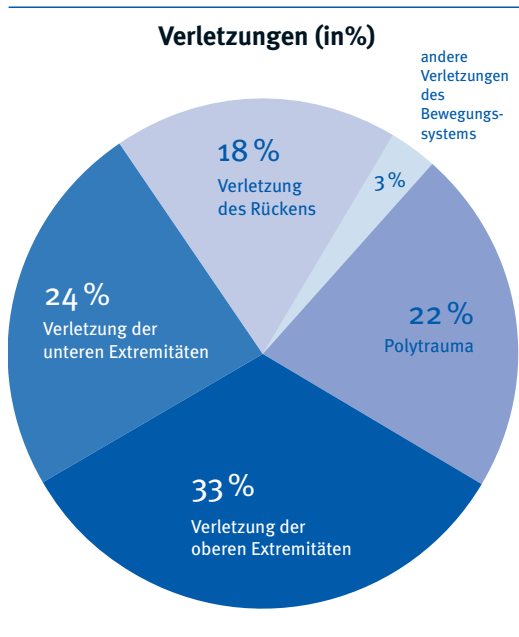


Abb. 18: Prozentuale Anteile der geclusterten Verletzungsarten aus der heterogenen Gruppe von Patienten mit chronischen Schmerzen nach Verletzungen des Bewegungssystems.

Entlassungsbefunde	
Befund	f
komplette Remission (keine Einschränkungen)	9
leichte Restbefunde (nicht sozialmedizinisch relevant)	27
deutliche Restbefunde (sozialmedizinisch relevant, Besserung zum Aufnahmebefund)	25
keine Verbesserung (im Vergleich zum Aufnahmebefund, da Reha abgebrochen)	2

Tabelle 21: Entlassungsbefunde. Neun Patienten (14%) remittierten vollständig ohne Einschränkungen. 27 Patienten (43%) verbesserten sich so weit, dass nach der Reha noch leichte, aber nicht sozialmedizinische Restbefunde vorlagen. Bei 25 Patienten (40%) war eine Besserung zum Aufnahmebefund mit deutlichen (sozialmedizinisch relevanten) Restbefunden zu beobachten. Zwei Patienten (3%) brachen die Reha ab.

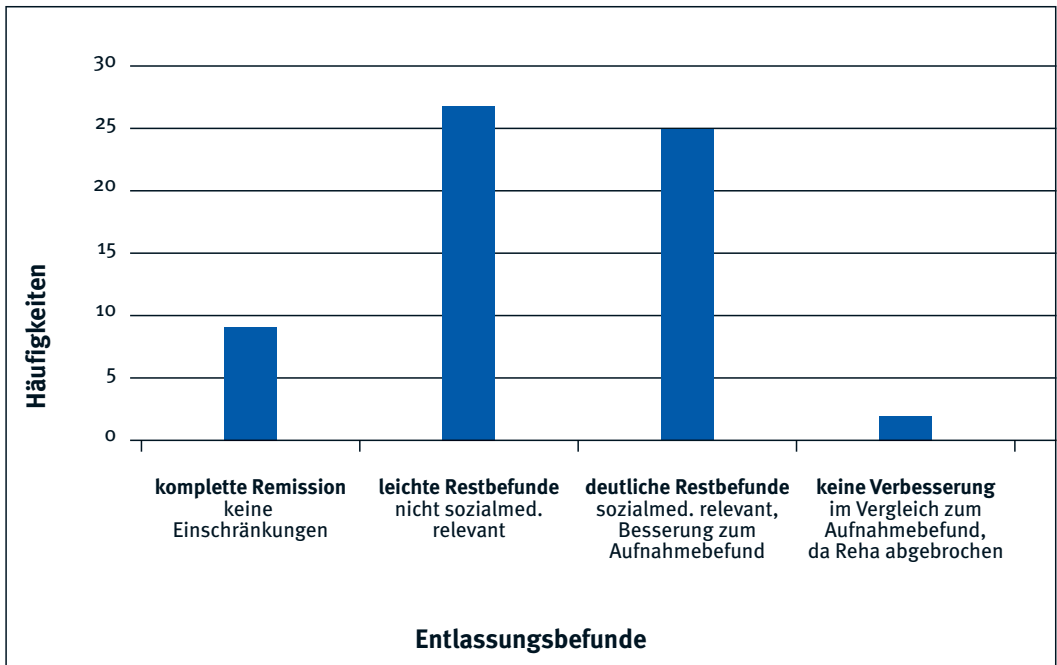


Abb. 21: Entlassungsbefunde

Diskussion

Die hohe Quote an gelungenen Wiedereingliederungen bei Krankheitsverläufen mit sich abzeichnender oder bereits eingetretener Chronifizierung erklärt sich durch sorgfältige Indikationsstellung, neue Krankheitskonzepte, darauf aufbauende neue Therapiekonzepte und die beschriebenen Maßnahmen im Sinne der Optimierung des Rehamanagements.

Die jeweiligen Rehaziele werden individuell festgelegt. In der Regel handelt es sich um die Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz, allenfalls mit geringfügigen Korrekturen. Hierbei erweisen sich das arbeitsplatzspezifische Training auf Seiten der Patienten und das berufliche Eingliederungsmanagement auf Seiten des Arbeitgebers als außerordentlich wertvolle Hilfen. Steht der alte Arbeitsplatz nicht mehr zur Verfügung, so wird als Ziel die Fähigkeit, sich erfolgreich um einen vergleichbaren Arbeitsplatz zu bewerben, beziehungsweise die Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegeben, bei Rentnern die alltagstaugliche Belastbarkeit.

Die Indikation zur Reha wird sorgfältig überprüft, wobei nicht die Schwere der Erkrankung oder das Ausmaß der Teilhabestörung entscheidend ist, sondern die Bereitschaft, sich auf eine erneute und anders ausgerichtete Behandlung einzulassen. Als besonders günstig erweist sich bei sehr weit chronifizierten Patienten eine aktive Rolle im eigenen Rehaprozess. Diese Patienten können dafür gewonnen werden, auf eine Verbesserung ihres Zustandes zu hoffen und sich auf eine neuerliche Behandlung einzulassen – ganz im Unterschied zu Patienten mit einer eingenommenen Opferrolle, die an eine mögliche Besserung ihres Zustandes nicht mehr glauben können. So bekannten mehrere chronifizierte Patienten nach jahrelangem Krankheitsverlauf freimütig, dass sie erschöpft seien und dass ihnen die Kraft fehle, eine neue Therapie zu beginnen und sich auf neue Konzepte einzulassen. Sie baten geradezu, sie von weiteren Therapieversuchen zu verschonen, mochten sie auch noch so aussichtsreich sein.

Bei der Auswertung der Zahlen fällt auf, dass in der vierten Gruppe sehr langwierige Krankheitsverläufe enthalten sind. Solche Verläufe waren vor dem Kooperationsmodell bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz nicht unüblich und kommen heute noch bei anderen Kostenträgern vor, besonders beim Schleudertrauma und beim CRPS. Die Therapien sind sehr mühselig,

mit dem Ausmaß der Chronifizierung steigt die Zahl der Patienten, die unbehandelbar sind und bei denen keine positive Indikation zur Reha mehr gestellt werden kann. Immerhin bestätigen aber doch eine ganze Reihe von erstaunlichen Erfolgen auch bei solchen Patienten das zugrunde gelegte Krankheitskonzept, nämlich dass es sich um grundsätzlich rückbildungsfähige Funktionsstörungen handelt, nicht um Strukturschädigungen.

Es wird deutlich, dass bei den Schmerzserkrankungen mit dem vorgelegten Behandlungsansatz nahezu vollständig auf Schmerzmittel verzichtet werden kann. So bedrohlich die Patienten dies am Anfang einschätzen, so erleichtert sind sie nach dem erfolgreichen Absetzen der Medikamente. Etwa zwei Drittel der Opiod- und Opiat-Patienten machten einen Entzug durch mit typischen Entzugserscheinungen, die einer vorübergehenden medikamentösen Dämpfung durch schwach potente Neuroleptika bedurften. Wenig bekannt ist, wie viele Patienten mit chronischen Schmerzen eigenmächtig ihre Schmerzmittel absetzen ohne Rücksprache mit ihren Ärzten. Die hier erreichten Erfolge sind als ungewöhnlich zu beurteilen, zumal der weit überwiegende Teil der Schmerzpatienten keine Medikamente mehr einnahm. Die hohe Zahl der erfolgreichen Wiedereingliederungen geht einher mit einer hohen Patientenzufriedenheit. Die erfolgreichen Fälle belegen, dass eine Chronifizierung differentialdiagnostisch von einer

psychiatrischen Krankheit nach ICD 10 unterschieden werden muss. Sie nimmt einen anderen Verlauf als eine psychiatrische Krankheit und bedarf keiner psychiatrischen Therapie, sondern einer Perspektive, eines selbstbestimmten Lebensentwurfs, den der Patient als sinnstiftend anerkennen und verinnerlichen kann. Diese differentialdiagnostische Abgrenzung gilt besonders gegenüber einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Anpassungsstörung und auch gegenüber der neuen Schmerzserkrankung chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Dies gilt es auch im Gutachten zu beachten.

Auch wenn es sich nur um eine retrospektive Studie handelt, so sind die Ergebnisse bemerkenswert. Sie sind durch eine prospektive Studie zu erhärten.

Effektive und effiziente Therapie

Wie andere Bereiche der Krankenversorgung, so unterliegt auch die Rehabilitation wirtschaftlichen Anforderungen. Sie muss effektiv, das heißt wirksam sein und zudem effizient erfolgen, sich also wirtschaftlich lohnen. Hiervon gibt es selbstverständlich Ausnahmen, die aber vor allem gesellschaftlich und im Einzelfall vom Rehaträger zu bestimmen sind. Nun gibt es gerade bei chronisch Kranken folgendes Phänomen: Der chronisch Kranke, dem es im Sinne der Teilhabe anhaltend besser geht, verursacht in aller Regel für die Gesellschaft geringere Kosten. Es lassen sich also humanitäre und wirtschaftliche Interessen parallelisieren, ein Mehr an Teilhabe geht einher mit einem Weniger an Entschädigungen und Belastungen für die Kostenträger. Das setzt aber eine präzise Indikationsstellung voraus. Am teuersten ist ein Heilverfahren, das den angestrebten Erfolg verfehlt, die Situation des chronisch Kranken nicht verändert und damit auch die Fallkosten nicht senkt, sondern um die Behandlungskosten vermehrt.

Die Beurteilung einer medizinischen Leistung sollte sich daher weniger an Strukturqualität, eingesetzten Methoden oder technischem Aufwand orientieren als vielmehr an den vereinbarten Therapiezielen. Dies ist bei der gesetzlichen Unfallversicherung die gelungene und anhaltende Wiedereingliederung. Ergebnisqualität lässt sich also gut erfassen. Von Bedeutung sind dann nur noch die Zugangskriterien.

Chronisch Kranke – ein Ausblick

Zwei Drittel der Kosten im Gesundheitswesen werden für chronisch Kranke ausgegeben. Es ist erstaunlich, wie wenig Beachtung diese Patientengruppe trotzdem findet. Das Kooperationsmodell „Posttraumatische Chronifizierungen“ weist auf Mängel in der Kompetenz und vor allem in der Prozessqualität bei der Versorgung solcher Patienten hin. Gleichzeitig werden Lösungen beschrieben, die nicht mit einer Kostenzunahme verbunden sind. Das Modell verdeutlicht, wie Strukturen angepasst werden können und die Prozessqualität erheblich verändert werden kann. Die große Anzahl an Behandlungserfolgen dokumentiert eine deutliche Steigerung der Ergebnisqualität im Sinne von Teilhabe und Eigenkompetenz.

Die hier gemachten Beobachtungen über die Krankheitsbilder und den Rehaträger sind übertragbar. Eine wesentliche Voraussetzung ist die ernsthafte Bereitschaft, althergebrachte Einstellungen und Verhaltensweisen zu ändern. Ein Kompetenzzuwachs für die speziellen Bedürfnisse solcher Fälle lässt sich kurzfristig und anscheinend einfach erzielen. Wesentlich schwieriger ist es jedoch, das längerfristige Ziel der Prozessqualität zu sichern. Der Grundstein dafür ist ein vertrauensvolles und partnerschaftliches Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Rehaträgern.

Die Herausforderungen an das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren sind enorm: Dem demografischen Wandel (zunehmender Anteil älterer Menschen mit wachsenden Ansprüchen) und der zu erwartenden weiteren Kostensteigerung medizinischer Leistungen stehen immer knappere wirtschaftliche Ressourcen gegenüber. Wenn es gelingt, chronisch Kranken durch Therapien, die auf vermehrte Teilhabe ausgerichtet sind, nachhaltig zu helfen, werden die Fallkosten sinken. So wird sowohl eine humanitäre wie eine wirtschaftliche Lösung dieses Problems erkennbar.

Daher sollten die dargelegten innovativen Vorschläge verfolgt werden. In Deutschland gibt es hierfür bereits seit 2001 die gesetzliche Grundlage in Form des 9. Sozialgesetzbuches.

IMPRESSUM

Herausgeber

Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Orensteinstr. 10
56626 Andernach

Vertretungsberechtigte:

Beate Eggert, Geschäftsführerin

Therapiezentrum Koblenz®

Dr. med. Kügelgen & Partner
Neversstraße 7-11
56068 Koblenz

Vertretungsberechtigte:

Dr. med. Bernhard Kügelgen,
Cecilija Kügelgen

Gestaltung und Redaktion

Hansen Kommunikation Collier GmbH
Marspfortengasse 6
50667 Köln

Druck

Krupp Druck, Sinzig

Auflage

1.750

Bildnachweise

Titelfoto: Archiv UKRLP