Ambulante versus stationäre Rehabilitation

Welche Option für welchen Patienten?

Operationsbedingte urologische Funktionsstörungen wie Inkontinenz oder Sexualstörungen erfordern eine intensive und qualifizierte Rehabilitation. Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Behandlungsoption gibt es klare Indikationen.

Sicht des niedergelassenen Urologen

JOCHEN GLEISSNER, JOHANNES WESSEL, YADOLLAH DAVOUDI, DIE GESUNDHEITSUNION-BAG WUPPERTAL

Der niedergelassene urologische Facharzt ist der Lotse auf dem Weg zur Bewältigung einer urologischen Krebserkrankung. Er überbringt die belastende Primärnachricht, oft nach einer zermürbenden Wartezeit auf einen CT-, MRT- oder histologischen Befund. Er klärt über Risiken, Chancen und Folgen einer Therapie oder einer Active-Surveillance-Strategie auf. Er bindet die Angehörigen mit ein und wählt gemeinsam mit dem Patienten die Behandlungsart und den Behandlungsort im Sinne eines „informed consent“ aus. Er trägt die Verantwortung für die rechtzeitige Diagnose und den korrekten Behandlungsablauf und haftet persönlich für Fehler, die in seinem Verantwortungsbereich geschehen. Auch nach der Akutversorgung ist der niedergelassen

Urologe fachärztlicher Koordinator der Anschlussheilbehandlung, der Rehabilitation, der Nachsorge sowie der weiterführenden Therapie und Verlaufskontrolle.

Zudem steht er dem Patienten oder rat-suchenden Angehörigen auch nachts und an Wochenenden selbst während stationärer Behandlungen des Betroffenen zur Verfügung, teilweise bei niedrigem RLV ohne Vergütung für seine Dienstleistungen. Dabei verfügt eine moderne urologische Praxis über ein Unterstützungsnetzwerk, in dem alle Teilnehmer in ihrer Funktion, Leistungsfähigkeit, Ortslage und Erreichbarkeit definiert sind.

Mit anderen Worten: Der niedergelassene Urologe kann in vielen Fällen die Rehabilitation oder die Therapie von post-operativen Funktionsstörungen und Ko-

morbiditäten interdisziplinär in Kooperation mit seinen Netzwerkpartnern vor Ort sicherstellen. Dazu gehören unter anderem die Behandlung der erektilen Dysfunktion oder der Harninkontinenz, die psychoonkologische Betreuung und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln [2]. Voraussetzung dafür ist allerdings die Anbindung an ein separates Reha-Zentrum oder an eine Reha-Klinik mit einer Erreichbarkeit von unter 45 Minuten Fahrzeit. Hierzu gibt es zahlreiche Modelle [4–6]. Multimodale Therapiekonzepte können ambulant sehr gut realisiert werden. Gleichermaßen lassen sich Familie oder versorgende Personen einbeziehen. Vorträge bei und Kooperation mit Patientenselbsthilfegruppen runden das Leistungs- und Versorgungsspektrum ab. Vor allem gewährleistet der niedergelassene Urologe die Kontinuität der Versorgung auch nach der unmittelbaren Behandlungsphase, sei es nach der Therapie im Akutkrankenhaus oder nach einem ortsfernen, kurzfristigen Rehabilitationsaufenthalt.

Das Manko: Die Effizienz der ambulanten Rehabilitation ist bisher nicht durch Studien belegt. Daneben wird die Einhaltung von Qualitätsanforderungen im stationären und besonders im ambulanten Bereich nicht ausreichend eingefordert und evaluiert [1].

Was nützt die beste stationäre aber ortsferne Anschlussheilbehandlung, wenn der individuellen Versorgungssituation vor Ort mangels lokaler Detailkenntnis nicht Rechnung getragen werden kann? Die Reintegration in das reale Umfeld und die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben werden mit fachkundiger lokaler aktueller und langfristiger Unterstützung häufig

© Adam Gault / SPL / Agentur Focus

Inkontinenz: individuelle Betreuung in der stationären oder ambulanten Rehabilitation?

besser gelingen. Bezugsquellen von Heil- und Hilfsmitteln, Ansprechpartner in Ämtern und sozialen Diensten, Transportdienste etc. werden vor Ort benannt. Die Fragen aus der aktuellen Alltagswirklichkeit auf dem Weg der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess werden aktuell abgearbeitet. Der Selbstständige im kleinen Betrieb, der bei ortsferner Rehabilitation einen finanzieller Schaden durch seine fehlende Präsenz fürchtet, nimmt gerne die ortsnahe Rehabilitation in Anspruch. Bei einer ambulanten Rehabilitation ist im Gegensatz zur stationären Rehabilitation keine gesetzliche Zuzahlung erforderlich.

Verbesserungswürdiges Reha-Angebot

Leider ist das Angebot zur ambulanten Rehabilitation vielerorts nicht ausreichend. Manche ambulanten Reha-Abteilungen haben daher Transportdienste eingerichtet (bis 30 km). Ein spezielles Versorgungsangebot macht die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in Nordrhein-Westfalen: Wird die medizinische Leistung zur Teilhabe ambulant durchgeführt, werden für die an Behandlungstagen erforderlichen Fahrten zur Reha-Einrichtung und zurück 0,20 EUR je Kilometer Fahrstrecke erstattet, pro Tag jedoch höchstens 13,45 EUR [4].

In Wuppertal bieten wir seit Jahren die ambulante Rehabilitation für Prostatakarzinom-Patienten in Kooperation mit der HELIOS Klinik Bergisch-Land vor den Toren der Stadt an. Über ein Workflow-Programm werden die Patienten mit der Einleitung der Therapie für die Rehabilitation angemeldet – ambulant oder stationär. Vor einer Operation erfolgt eine Video-Feedback-Zystoskopie zum Sphinktertraining. Den Patienten wird in der Reha-Einrichtung präoperativ allwöchentlich ein 90-minütiges Beckenbodentraining im Beisein eines Urologen aus unserer Praxis angeboten, der Fragen zur Erkrankung und Therapie beantwortet.

Während der ambulanten Rehabilitation verfügen die Patienten im Tagesverlauf über ein Zimmer mit Bad und WC. Die erforderlichen Therapien werden Montag bis Freitag von 8–16 Uhr inklusive Mittagessen und Mittagspause angeboten. Auch ist ein Transportdienst verfügbar.

Natürlich gibt es zwingende Indikationen für eine stationäre Rehabilitation (Tabelle). Eindeutige Vorteile hat die stationäre Rehabilitation, wenn eine hohe Frequenz der Anwendungen, wie beim schweren Lymphödem, ambulant nicht zu erbringen ist und wenn eine Entlastung durch Herausnahme aus dem sozialen Umfeld einen Soforteffekt auf die psychophysische Situation erwarten lässt.

Tabelle

Absolute Indikation für stationäre Rehabilitation

- schweres Lymphödem
- schlechter postoperativer Allgemeinzustand und unzureichende häusliche Versorgung, soziales Umfeld
- fehlende Mobilität des Patienten
- engmaschig überwachungspflichtige Restzustände nach Primärversorgung (z.B. drainierte Lymphozele)
- parenteraler Behandlungsbedarf einer Infektion
- Wille des Patienten

In jedem Fall bleibt langfristig der niedergelassene urologische Facharzt in der Krankheitsbewältigung die wichtigste Bezugsperson des Patienten und seiner Familie. Damit übernimmt er die Verantwortung für eine korrekte patientengerechte Versorgung. Er hat dabei in jedem Einzelfall die Vor- und Nachteile einer ambulanten versus stationären Rehabilitation abzuwägen.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Jochen Gleißner

Hofaue 91–93, 42103 Wuppertal
E-Mail: jgleissner@dgu-team.de

Sicht des klinisch tätigen Urologen

MICHAEL ZELLNER

Nach invasiven Interventionen bei (urologischen) Tumoren haben Patienten einen Rechtsanspruch auf eine Anschlussrehabilitation gemäß Sozialgesetzbuch V (SGB V). Noch immer aber sind vielen Ärzten Indikation und Leistungsfähigkeit der fachspezifischen urologischen Rehabilitation nicht präsent. Im Gegenteil: Durch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin versuchen findige Politiker und Wirtschaftlichkeitsstrategen nun weitere Kosten zu sparen, indem sie die Anschlussrehabilitation generell infrage stellen oder zumindest eine Kostenreduktion durch ambulante Konzepte postulieren. Über die absolute Indikation einer stationären Anschlussrehabilitation

nach invasiven Tumorinterventionen, etwa nach einer radikalen Prostatektomie oder Zystektomie mit Harnableitung, wurde bereits früher ausführlich berichtet [4, 5, 7]. Die erforderlichen Qualitätsanforderungen und -voraussetzungen [2] an eine fachspezifisch urologische Rehabilitation werden unverändert von den großen urologischen Interessenverbänden sowie den operativ tätigen und niedergelassenen Urologen nicht eingefordert und von den Kostenträgern weitgehend ignoriert. Vor allem Hämatonkologen werfen ihre Kompetenz für die Rehabilitation überwiegend invasiv kurativ uro-onkologisch therapierter (und damit im strengen Sinne nicht mehr „onkologischer“) Pati-

enten in die Waagschale. Zudem werden auch noch die vermeintlich konkurrierenden Möglichkeiten der ambulanten und stationären fachspezifischen Rehabilitation berufspolitisch kontrovers diskutiert. Vergleichbar mit vielen anderen Behandlungsoptionen gibt es jedoch klare Indikationen für beide Versorgungswege.

Urologische Funktionsstörungen wie ungewollter Urinverlust, Störungen der Sexualfunktion, Beeinträchtigungen von Stoffwechsel und Immunsystem sowie psychoonkologische und sozialmedizinische Belastungen erschweren oder verhindern eine Teilhabe an vielen Lebensbereichen. Diese Störungen sind trotz modernster Operations- und Behand-