Rehabilitation

Deutschland dürfte weltweit das Land mit den meisten Ortschaften mit dem Präfix „Bad“ sein. Das Spektrum der Rehabilitation kann aus verschiedenen Blickwinkeln gesehen werden, vom „Kur-Urlaub“ bis zur Frührehabilitation nach akuter Erkrankung. Aus ärztlicher Sicht muss unter dem Begriff Rehabilitation primär die Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten gesehen werden, aber auch die Motivation zur Einhaltung einer gesundheitsfördernden Lebensweise. Natürlich steht der im Krankenhaus tätige Arzt unter dem Druck, die Liegezeiten zu verkürzen und freut sich daher, wenn er zeitnah einen Termin zu einer Frührehabilitation für seine Patienten bekommt, wenn der Patient nicht in die sog. „Häuslichkeit“ entlassen werden kann.

Das Spektrum des Themas Rehabilitation ist so groß, dass es in einem Schwerpunkttheft nicht vollständig diskutiert werden kann. So fehlt zum Beispiel das wichtige Thema der Rehabilitation bei onkologischen Krankheitsbildern. Auch die Kriterien der evidenzbasierten Medizin lassen sich schwieriger bei diesem Thema anwenden. Ist für den Versicherungsträger eine Rehabilitation wirklich in der Mehrzahl der Fälle mit weniger krankheitsbedingten Langzeitfolgekosten verbunden? Es ist sicher ethisch nicht gerechtfertigt, Rehabilitation nur unter dem Gesichtspunkt der raschen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu sehen. Dann wäre Rehabilitation dem Langzeitarbeitslosen verwehrt. Gibt es Studien zur Lebensqualität nach einer Rehabilitation bei einem chronisch Kranken, der eine nicht heilbare Erkrankung psychisch verarbeiten muss? Trefflich ließe sich auch über die wissenschaftliche Evidenz zahlreicher

therapeutischer Maßnahmen, die z. B. in Kurbädern angeboten werden, streiten. Wie oft lesen Sie nach einer Rehabilitation den Satz im Abschlussbericht, „*der Patient verließ unsere Klinik/Einrichtung in deutlich gebessertem Allgemeinzustand*“! Die Herausgeber und gewählten Autoren dieses Schwerpunktthefts wollen sich diesem „heißen“ Thema aus unterschiedlichen Gesichtspunkten nähern.

Ein beachtliches Spektrum an Berufsgruppen trägt zur Rehabilitation bei

Korsukéwitz und Irle stellen das Leitthema „Medizinische Rehabilitation als Kernaufgabe der Rentenversicherung“ dar. Sie betonen den gesetzlichen Auftrag der Versicherung, den „*Erhalt der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe des Einzelnen am Leben in der Gesellschaft*“ zu fördern. Dies ist primär kein „merkantiler“ Auftrag im Sinne der Gesundheitsökonomie. Nicht jedem Leser wird eine der Kernaussagen der Autoren präsent sein: „*Nach dem Prinzip der einheitlichen Risikoziordnung hat der Gesetzgeber die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation demjenigen Sozialleistungsträger zugeordnet, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt.*“

Eindrucksvoll ist das breite Spektrum der Berufsgruppen, die zur Rehabilitation beitragen: Ärzte, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Diätassistenten und natürlich indirekt viele mehr wie Verwaltungsangestellte, Köche, Reinigungskräfte etc. Für die Herausgeber interessant ist die Erkenntnis, dass die Erkrankungen, die eine Rehabilitation bedingen, sich nicht annähe-

rungsweise mit der Todesursachenstatistik decken. Nur 6% der Rehabilitationen entfallen auf kardiale Erkrankungen, 4% auf neurologische Krankheiten (Apoplex inbegriffen), 16% auf Neubildungen, aber 36% auf Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Schwaab stellt den Stellenwert der „Kardiovaskulären Rehabilitation“ dar, ein klassisches Beispiel für die Sekundärprävention. Hier existieren Kohortenstudien, die belegen, dass nach einer kardiologischen Rehabilitation, z. B. nach aortokoronarer Bypasschirurgie, weniger häufig ein Reinfarkt auftritt. Der „Goldstandard“, eine randomisierte prospektive Vergleichsstudie zwischen einzelnen Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen, inklusive medikamentöser Sekundärprävention, dürfte auch aus ethischen Gründen schwierig durchzuführen sein, wenngleich nötig.

Luttosch und Baerwald beleuchten die „Rehabilitation in der Rheumatologie“. Wie bereits oben erwähnt spielt die Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparats, auch prozentual, eine sehr große Rolle. Der Erfolg physikalischer Maßnahmen, Patientenschulungen und Ergotherapie ist durch Studien belegt, die allerdings auch nicht dem oben genannten Goldstandard der evidenzbasierten Medizin entsprechen. Gerade bei einer letztlich nicht heilbaren chronischen Erkrankung wie der rheumatoiden Arthritis müssen rehabilitative Maßnahmen, u. a. physikalische Therapie, trotz der Erfolge der medikamentösen Therapie lebenslang erfolgen.

Hömborg nimmt zum Thema der neurologischen Rehabilitation Stellung. Nicht nur onkologische oder kardiologische Erkrankungen sondern auch neurologische

Erkrankungen wie der Apoplex sind mit „tiefen biographischen Einschnitten verbunden. Die betroffenen Patienten sind in ihrer Persönlichkeit sowie ihren Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten beeinträchtigt“. Der Akutmedizin durch die Veränderungen der Entgeltsysteme im Krankenhausbereich letztlich eine „Repair-Shop-Mentalität“ vorzuwerfen, ist nicht ganz unberechtigt. Früher hatte der Internist wirklich mehr Zeit, sowohl in der Ambulanz als auch im Krankenhaus letztlich seinen Patienten ganzheitlich zu betrachten. Die Rehabilitationsmedizin mag diese so wichtige Chance noch haben, „eine umfassendere Betrachtung der gesamten biologischen, psychologischen und sozialen Probleme, die mit einer Erkrankung verbunden sind,“ zu erhalten.

Sie können die Klagen über den demographischen Wandel und die zu erwartenden Probleme einer älter werdenden Gesellschaft sicher auch nicht mehr hören. Aber wir müssen uns trotzdem diesem Problem stellen. Swoboda und Sieber gehen auf dieses wichtige Thema der Rehabilitation in der Geriatrie ein, insbesondere unter dem Blickwinkel der Möglichkeiten der stationären, teilstationären und ambulanten Rehabilitation. Die Bedeutung eines Teams, welches ein „strukturiertes, multidimensionales Assessment“ in der geriatrischen Rehabilitation entwickelt, wird klar dargestellt.

Stockbrugger, Rosemeyer und Armbrrecht zeigen – auch aufgrund ihrer Erfahrungen aus den Niederlanden und Schweden – am Beispiel der Rehabilitation in der Gastroenterologie, Hepatologie und bei Stoffwechselkrankheiten kritisch zahlreiche Schwachstellen im deutschen System auf. So „fehle eine echte Kommunikation und Kooperation zwischen behandelnden und rehabilitierenden Ärzten“. Auch fehle eine strukturierte heimatnahe Weiterbehandlung. Dies ist am Beispiel der Alkoholkrankheit sicher einer der Gründe der hohen Rückfallrate nach Entzug. Die Lösungsvorschläge, das bundesdeutsche „Rehabilitationssystem“ zu reformieren, sind interessant und geben sicher Anlass zur Diskussion unter den Lesern. Der Kernaussage dieses Artikels, der „Rehabilitationsarzt muss aus den geographischen und professionellen Randzonen in das Zentrum der wesentlichen Behandlungsketten

für chronische oder chronisch-rezidivierende Erkrankungen geholt werden“, kann nur zugestimmt werden. Forschung und Lehre in der Rehabilitationsmedizin spielen in der Tat an deutschen Universitäten nur eine untergeordnete Rolle. Das muss sich ändern.

Die Herausgeber würden sich freuen, wenn dieses Thema das Interesse der Leser finden würde, nicht nur aufgrund der Bedeutung und der Vielschichtigkeit der Betrachtungsweise durch die Autoren.

Prof. Dr. J. Mössner

Prof. Dr. S.M. Schellong

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Mössner

Medizinische Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
Joachim.Moessner@medizin.uni-leipzig.de

Erfolgreicher Leitlinienkongress in Chicago

Vom 26. bis 28. August 2010 fand in Chicago der 7. Kongress des Guidelines International Network (G-I-N) statt.

G-I-N ist ein Zusammenschluss international führender Institutionen auf dem Gebiet der Entwicklung medizinischer Leitlinien. Die „Non-for-Profit-Organisation“ wurde 2002 gegründet mit dem Ziel, die Qualität medizinischer Versorgung weltweit zu verbessern. Unter dem Motto „Von der besten Evidenz zur besten Versorgung“ fand in Chicago ein intensiver Wissenstransfer zwischen führenden Leitlinienexperten aller Kontinente statt. Diskussionen zu den aktuellen Herausforderungen evidenzbasierter Medizin standen dabei im Mittelpunkt. Fünf hochkarätig besetzte Plenumsdiskussionen beleuchteten Fragen wie „Medizin, Medien und Politik“, „Interessenkonflikte“, „Rationierung medizinischer Leistungen“ und „Patientenbeteiligung an der Entwicklung medizinischer Leitlinien“. Während der Tagung wurde auch der neue Vorstand gewählt: Mit Philipp van der Wees von der Königlich Niederländischen Gesellschaft für Physiotherapie ist erstmalig kein Arzt erster Vorsitzender des internationalen Leitliniennetzwerks. Mit dieser Entscheidung dokumentiert G-I-N, dass moderne medizinische Leitlinien unter Beteiligung aller wichtigen Fach- und Berufsgruppen im Gesundheitswesen entwickelt werden müssen, wenn sie angemessene und umsetzbare Antworten auf die komplexen Anforderungen der Versorgung geben sollen.

Quelle: Guidelines International Network (G-I-N), c/o AEZQ, www.g-i-n.net