



# PRESSE-SERVICE

## Physikalische Medizin und Rehabilitation

### Frührehabilitation gleich nach der Operation erspart enorme Folgekosten

Bleibende Schäden und Pflegebedürftigkeit können wirksam verhindert werden

**Die Überlebensrate nach schweren Unfällen, nach Schlaganfall oder Herzinfarkt ist dank den Fortschritten in der Intensivmedizin in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Was immer noch fehlt, sind Reha-Maßnahmen im Akutkrankenhaus selbst. Je früher diese beginnen, desto geringer fallen die Folgeschäden aus, so der Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte.**

Wenn schwer verletzte Unfall-opfer oder Schlaganfall-Patienten nach der Akutversorgung auf die Intensivstation kommen, sind sie häufig bewegungs- oder sprechunfähig, teilweise gelähmt und noch längere Zeit überwachungs- und pflegebedürftig. „Diese Patienten warten nun oft tage-, wenn nicht wochenlang auf die Aufnahme in eine Reha-Klinik. Wertvolle Zeit, die völlig ungenutzt verstreicht“, hält Dr. Jean-Jacques Glaesener, Vorsitzender des Berufsverbandes, fest. „Wenn sofort nach der Erstversorgung noch vorhandene Restfähigkeiten entsprechend trainiert werden, kann der Patient viel früher und mit viel weniger Aufwand

wieder in ein selbstständiges Leben zurückgeführt werden. Oftmals kann so verhindert werden, dass er Zeit seines Lebens ein Pflegefall bleibt.“

Notwendig sind daher mehr fachübergreifende Zentren für Frührehabilitation, die in die Notfallversorgungs-kliniken integriert sind, fordert der

Berufsverband. Dorthin werden Patienten unmittelbar nach dem lebensrettenden Eingriff verlegt. Allerdings bestehen in der Finanzierung, vor allem vor dem Hintergrund der Umstellung der Krankenhausentgelte auf Fallpauschalen, er-  
*weiter auf Seite 2*

### Zukunftsweisendes Modellprojekt eröffnet



In der Klinik für fachübergreifende Frührehabilitation am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg, die im Februar dieses Jahres in Hamburg eingeweiht wurde, sind alle Abläufe rehabilitativ ausgerichtet. Die Patienten werden direkt nach ihrer Akutversorgung in den anderen Krankenhausabteilungen im Frührehabilita-

tionszentrum weiterbehandelt. Rehabilitationspflege, Anziehen, Essen und Mobilisieren – bei allem ist es das Ziel, die noch vorhandenen Restfähigkeiten des Patienten zu aktivieren und zu trainieren: etwa beim Schlucken, Sprechen und Gehen. Dazu steht Klinikleiter Dr. Glaesener ein interdisziplinäres Team aus Reha-Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Masseuren, Logopäden, Neuropsychologen und Pflegekräften zur Verfügung, ebenso moderne Diagnostik- und Therapieausstattung wie Bewegungsbad, Trainingsgeräte, Laufband und Spezialgeräte z.B. für Elektro- oder Thermo-therapie. Das Hamburger Frührehabilitationszentrum ist ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Modellprojekt.

### Lymphtherapie wird zu selten angewandt

DGPMR: Beschleunigung des Heilungsprozesses schon nach kleinen Operationen – Neue Therapierichtlinien veröffentlicht

**An jeden operativen Eingriff sollte sich routinemäßig eine Lymphdrainage anschließen, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR). Dadurch werden die postoperativen Beschwerden deutlich verringert, die Heilungsphase verkürzt und die Folgekosten minimiert. Die DGPMR hat neue Therapierichtlinien für Ärzte ausgearbeitet.**

Bisher kommt die Lymphtherapie hauptsächlich im Bereich der Krebsnachsorge, zum Beispiel nach Brustkrebsoperationen, zum Einsatz. „Dies ist zwar nach wie vor das wichtigste Anwendungsgebiet“, betont Dr. Anett Reißhauer von der DGPMR. „Doch die Lymphtherapie sollte nicht allein auf die Onkologie beschränkt bleiben. Nach Operationen oder Verletzungen, zum Beispiel nach einer Knieopera-

tion, kann sie den Heilungsprozess erheblich beschleunigen und die postoperativen Beschwerden verringern.“

Über die Lymphflüssigkeit, eine gelbliche, wässrige Flüssigkeit, die in einem eigenen Gefäßsystem den Körper durchzieht, werden vor allem Gewebeflüssigkeit und Abfallprodukte des Zellstoffwechsels entsorgt und dem Blutkreislauf zurückgeführt: Zell-

*weiter auf Seite 3*



# Deutschland bei Reha-Fachärzten Entwicklungsland

DGPMR: Bedarf an ärztlichen Reha-Leistungen wird stark ansteigen

**Angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts wird der Bedarf an medizinischer Rehabilitation in den kommenden Jahren stark ansteigen. Auf diese Anforderungen ist Deutschland jedoch kaum vorbereitet und hinkt international hinterher, warnt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR).**

Auf der einen Seite sichern die enormen Fortschritte der Medizin das Überleben und Altwerden von immer mehr Menschen. „In den letzten 15 Jahren ist die Zahl der Intensivbetten in den Krankenhäusern um 68 Prozent auf fast 23.000 angestiegen“, berichtet Prof. Christoph Gutenbrunner, Präsident der DGPMR. „Das bedeutet, dass immer mehr Leben gerettet werden können. Auf der anderen Seite ist das Überleben oft mit bleibenden Schäden oder einer langen Heilungsphase verbunden.“ Auch die Zunahme der Lebenserwartung ist zwar dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, führt aber zu immer mehr chronisch kranken oder multimorbiden Menschen. Prof. Gutenbrunner: „Schon heute sind 6,6 Millionen Deutsche schwer behindert, Tendenz zunehmend. Auf diese Entwicklung sind wir nur sehr lückenhaft vorbereitet und liegen im internationalen Vergleich weit zurück.“

In Deutschland werde der Reha-Begriff noch zu einseitig auf die berufliche Sphäre bezogen: „Das Rehabilitationswesen ist im Bereich der Rentenversicherung hervorragend ausgebaut – also wenn es darum geht, die Arbeitskraft zu erhalten“, so Prof. Gutenbrunner. „Der heutige Rehabilitationsbegriff ist jedoch viel umfassender. Reha-

bilitation soll trotz chronischer Behinderungen eine größtmögliche Eingliederung in alle Lebensbereiche, nicht nur in die Arbeitswelt, ermöglichen. Dies fordert übrigens auch der Gesetzgeber mit dem 2001 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch IX.“

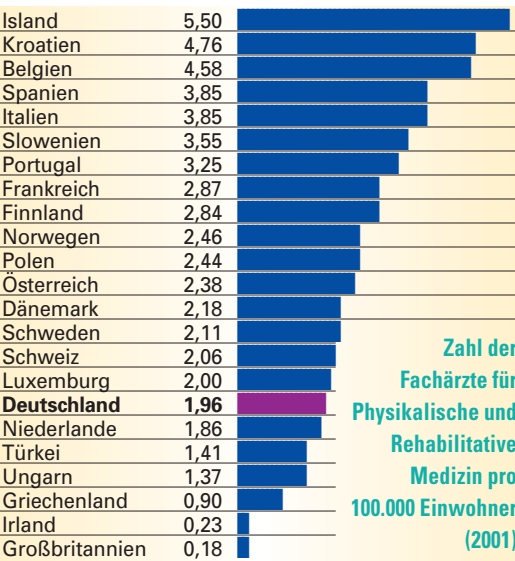
Das existierende, gut funktionierende System der stationären Rehabilitation in den Reha-Kliniken der Rentenversicherungsträger ist daher zu ergänzen, so die Forderung der DGPMR. Einerseits durch eine effektive Frührehabilitation, die sich an die Intensiv-

ihm, seinen Gesundheitszustand und seine Lebensqualität weiter zu verbessern – langfristig spart dies hohe gesellschaftliche Kosten ein.“

Für die vielschichtigen Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gibt es ein eigenes Fachgebiet, den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) – in Deutschland jedoch erst seit 1992. Entsprechend wenige Rehabilitationsmediziner praktizieren hier zu Lande. „Bislang wird das Fachgebiet von Medizinern anderer Fachrichtungen, etwa Unfallchirurgen, Kardiologen

und Orthopäden, abgedeckt, die sich im günstigsten Fall in die Rehabilitation eingearbeitet haben“, erläutert Prof. Gutenbrunner. „Doch dieser Umstand wird den künftigen Erfordernissen nicht gerecht. Wir brauchen in Deutschland mehr Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin und eine entsprechende Ausbildung.“

Mit nicht einmal zwei PRM-Fachärzten auf 100.000 Einwohner hinkt Deutschland im internationalen Vergleich weit hinterher – in Island, Kroatien und



stationen anschließt, andererseits durch ambulante Modelle nach der stationären Versorgung. Prof. Gutenbrunner: „Noch zu oft wird der Patient aus dem Akutkrankenhaus oder der Reha-Klinik entlassen – und dann passiert nichts mehr. Sein Zustand verbessert sich nicht weiter, und die Renten- oder Pflegeversicherung muss schließlich einspringen. Eine Fortsetzung der Rehabilitationskette hingegen ermöglicht

Belgien etwa sind es rund fünf. Noch eklatanter ist die Situation bei den Universitätskliniken für das Fachgebiet: 5 Häuser, 69 Betten und 10 Professoren. Prof. Gutenbrunner: „Wir müssen eine Entwicklung nachholen, die in Europa und den USA schon vor 30 bis 40 Jahren stattgefunden hat. Der Facharzt für PRM ist heute in 24 europäischen Ländern etabliert, ganz vorbildlich zum Beispiel in den skandinavischen Ländern.“

## Fortsetzung von Seite 1

### Frührehabilitationszentren

hebliche Unsicherheiten. „In dieses System lässt sich die Frührehabilitation nicht hineinpressen“, so Dr. Glaesener. „Es setzt eine Standardisierung von Krankenhausleistungen voraus – die Verweildauer der

Schwerst- und Mehrfachverletzten und der Schweregrad ihrer Krankheitsfolgen lassen sich jedoch nicht standardisieren.“ Frührehabilitation verursacht zwar kurzfristig Kosten. Diese werden jedoch langfristig mehr als kompensiert, da bleibende Gesundheitsschäden häufig verhindert werden können und die Rehabilita-

tions-Gesamtdauer deutlich verkürzt wird. Dr. Glaesener: „Wir behalten den Patienten nur so lange, wie akutmedizinische Behandlung notwendig ist, also in der Regel zwei bis drei Wochen. Diese Zeit aber nutzen wir bereits und bereiten ihn optimal auf die weiterführende Behandlung in einer spezialisierten Reha-Klinik vor.“



# Wenn kleine Operationen große Schmerzen nach sich ziehen

DGPMR: Das „Komplexe regionale Schmerzsyndrom“ wird oft falsch diagnostiziert

**Bis zu fünf Prozent der Patienten klagen nach kleinen Operationen oder Verletzungen von Hand, Ellenbogen, Knie oder Fuß über unverhältnismäßig starke Schmerzen. Oft kann der Arzt zunächst keine Ursache dafür finden. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) weist darauf hin, dass die Schmerzen Symptom einer Erkrankung sein können, die im schlimmsten Fall die totale Versteifung der Gelenke zur Folge hat: das Komplexe regionale Schmerzsyndrom.**

Die körperlichen Ursachen der geheimnisvollen Krankheit sind wenig bekannt. „Sie beginnt meist einige Wochen nach einer geringfügigen Operation oder Verletzung oder einer längeren Ruhigstellung der Gelenke“, erläutert Dr. Jean-Jacques Glaesener, Vorsitzender des Berufsverbandes der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte. „Die Patienten spüren zunächst unverhältnismäßig starke Schmerzen in den betroffenen Körperteilen, besonders bei Belastung oder Bewegung, aber sogar auch in Ruhestellung. Teils massive Schwellungen, Hautverfärbungen, starkes Schwitzen oder Veränderungen an Haut und Nägeln können hinzukommen.“ Weil die

Krankheit relativ selten und wenig bekannt ist und außerdem sehr unterschiedlich verläuft, wird sie besonders in der Frühphase häufig falsch diagnostiziert. Die besten Heilungschancen bestehen jedoch, wenn sie in den ersten Wochen fachgerecht behandelt wird.



*Geschwollene Hand mit Komplexem regionalem Schmerzsyndrom*

## Chronische Schmerzen und psychische Belastung

Unbehandelt kann das Komplexe regionale Schmerzsyndrom über eine Entkalkung der Knochen zu einer Versteifung der Gelenke führen. Im Endstadium schrumpfen Muskeln, Sehnen und Haut in den betroffenen Regionen; eine vollständige Heilung ist kaum noch möglich. Manchmal breitet sich die Krankheit, die nach ihrem Erstbeschreiber, dem deutschen Chirurgen Paul Sudeck (1866 – 1945) auch als Su-

deck'sche Dystrophie bekannt ist, von der Hand oder dem Fuß auf den ganzen Arm bzw. das ganze Bein aus; die Schmerzen können chronisch werden. Hinzu kommt eine starke psychische Belastung.

## Vollständige Heilung ist möglich

„Da die Mechanismen des Komplexen regionalen Schmerzsyndroms nicht bis in alle Einheiten bekannt sind, gibt es kein unmittelbar ursächliches Medikament“, so Dr. Glaesener. „Der Rehabilitationsmediziner kann jedoch mit einer zunächst äußerst behutsamen physikalischen Therapie und gezielt wirkenden Schmerzmedikamenten helfen, eine vollständige Heilung zu erzielen.“ Im Team mit Physio- und Ergotherapeuten sowie Masseuren aktiviert der Reha-Arzt die betroffenen Gelenke mit Wärmebehandlungen, Massagen und Krankengymnastik zunächst in der Regel so vorsichtig, dass es dem Patienten keine Schmerzen bereitet. Zum Einsatz kommen auch kühle Kohlendensäurebäder, manuelle Lymphdrainage, sanfte Hautstimulation mit Bürsten, Elektrotherapie und psychologische Betreuung. Die DGPMR hat dazu ganz aktuell eine Therapierichtlinie für Ärzte veröffentlicht.

## Fortsetzung von Seite 1

### Lymphtherapie...

trümmer, Eiweiß, aber auch Fremdkörper und Erreger. Ist das System jedoch geschädigt, zum Beispiel in Folge einer Verletzung oder eines Eingriffs, kommt es zu Abflussstörungen. Die betroffene Region schwillt an, ein äußerlich sichtbares und tastbares Ödem kann sich herausbilden. Ein Ödem kann im Prinzip überall, auch zum Beispiel im Gesicht, entstehen.

Ziel einer Lymphdrainage ist es, den Flüssigkeitsstau aufzulösen und die Lymphflüssigkeit wieder zum Abfließen anzuregen. Bei der Lymphdrainage wird

durch spezielle Grifftechniken die Pumpfunktion der unter der Haut gelegenen Lymphgefäße angeregt. Hinzu kommen Kompressionsbandagen oder -strümpfe und Bewegungstherapie oder Krankengymnastik. „Das genaue Vorgehen legt der Rehabilitationsarzt, auf den jeweiligen Patienten abgestimmt, fest“, so Dr. Reißhauer. „Er koordiniert die gesamte Therapie und schaltet die jeweils benötigten Therapeuten ein.“

Die Deutsche Gesellschaft für Lymphologie hat in Zusammenarbeit mit der DGPMR im Frühjahr 2003 Therapierichtlinien veröffentlicht, die den aktuellen Stand der optimalen Patientenver-

sorgung wiedergeben. DGPMR-Präsident Prof. Christoph Gutenbrunner: „Daran kann und sollte sich jeder behandelnde Arzt orientieren.“

Ohne Behandlung kann die leichte und zunächst schmerzlose Schwellung zunehmen, sich verhärten und schließlich zu Wundrosen und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen führen. Dr. Reißhauer: „Schon bei kleinen ungewöhnlichen Schwellungen sollte der Patient einen Rehabilitationsmediziner aufsuchen, insbesondere wenn er vor nicht allzu langer Zeit operiert worden ist. Je früher die Therapie beginnt, desto weniger schmerzhaft und unangenehm ist sie für den Patienten.“





## Der Arzt für danach

Der Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) kümmert sich um Krankheitsfolgen und verbesserte Lebensqualität

**Chronische Schmerzen, Rückenschmerzen, Lähmungen, bleibende Beeinträchtigungen – es gibt einen Arzt, der sich speziell um die Folgen von Krankheiten und Verletzungen kümmert: den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM), der in Deutschland erst seit rund zehn Jahren zugelassen ist. Er ergänzt Chirurgen, Neurologen, Orthopäden oder auch Allgemeinärzte, nachdem diese die Grunderkrankung behandelt haben.**

„Damit müssen Sie leben“ – das bekommen Patienten häufig zu hören, wenn von einer Krankheit oder Operation eine Behinderung oder Schmerzen zurückbleiben. „Mit dieser Prognose geben wir uns nicht zufrieden“, so Dr. Jean-Jacques Glaesener, Vorsitzender des Berufsverbandes der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte. „Wir kümmern uns darum, wie der Patient damit besser leben kann. Immer, wenn die Krankheitsfolgen im Vordergrund stehen, wenn der Patient bestimmte Alltagsaktivitäten nicht mehr verrichten kann, eine Behinderung droht oder schon offensichtlich ist, ist der PRM-Arzt gefragt.“

Zu häufig ist der Patient zum Beispiel nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sich selbst überlassen. Schmerzen werden chronisch, unangenehme Bewegungen vermieden, Gelenke versteifen, der Gebrauch von Hilfsmitteln wird nicht ausreichend trainiert und optimiert. Enorme Folgekosten können entstehen. Im besten Fall geht der Patient zum Hausarzt, der allerdings von seiner Ausbildung her zu wenig für diese speziellen Aufgaben qualifiziert ist.

Der PRM-Arzt ergänzt den bisher behandelnden Arzt, ersetzt ihn aber nicht. Im Zusammenhang mit einer Hüftoperation zum Beispiel – die der Chirurg oder Orthopäde ausführt – unterweist der PRM-Arzt den Patienten



*Krankengymnastik im Bewegungsbad*

ten im Gehstützengebrauch, trainiert die Beweglichkeit der Hüfte und wichtige Alltagsverrichtungen – Dinge, um die sich der Akutmediziner nur am Rande kümmern kann.

Viele PRM-Ärzte arbeiten eng mit Orthopäden, Neurologen, Chirurgen, Kardiologen, Rheumatologen, Internisten und anderen Spezialisten, vor allem aber mit Haus- und Allgemeinärzten zusammen. „Dabei bleibt der Primärarzt immer der behandelnde Arzt“, so Dr. Glaesener, „der Reha-Arzt der mitbetreuende. Der Primärarzt kümmert sich um die Grunderkrankung, der Reha-Arzt um die damit verbundenen Funktionsstörungen.“

In Abstimmung mit dem Primärarzt und in Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team aus Physio-, Ergo- und anderen Therapeuten übernimmt der Reha-Facharzt das „Ma-



*Schultermobilisation*

nagement“ der Rehabilitation. Er diagnostiziert den Patienten auf Funktionsmängel hin, schätzt sein Reha-„Potenzial“ ein und ordnet die benötigten Therapien an – von Bewegungs- bis hin zu Psychotherapie. Außerdem hat der Reha-Facharzt in seiner Ausbildung Fachwissen über Heil- und Hilfsmittel wie Trainingsgeräte, Spezial-Rollstühle usw. erworben und kümmert sich auch um soziale und berufliche Wiedereingliederungsmöglichkeiten.

PRM-Ärzte arbeiten heute hauptsächlich in Rehabilitationskliniken und Akutkrankenhäusern. Diese sind jedoch, ebenso wie die rund 200 ambulanten Reha-Zentren, häufig nicht fachärztlich geleitet, da die Facharzt-ausbildung in Deutschland erst 1992 zugelassen und oft erst mit einigen Jahren Verzögerung umgesetzt wurde. Die Zahl der Fachärzte ist noch gering, die regionalen Unterschiede sind gravierend. So hatten zwar in Bayern 286, in Mecklenburg-Vorpommern aber nur 24 Ärzte die Fachgebietsbezeichnung.

Die Bundesärztekammer indes hat im Vorfeld des deutschen Ärztetages 2003 die wichtige Position des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin in der heutigen Patientenversorgung bestätigt. Auch von Seiten der Krankenkassen kommen positive Signale. Wie auf einer Konferenz des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) im März mit dem Titel „Zukunft Rehabilitation“ gefordert wurde, soll die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation und die Stellung des Facharztes in Deutschland weiter ausgebaut werden.

### Impressum

#### Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V.

Gemeinsame Geschäftsstelle:  
Prof. Dr. med. Lothar Beyer  
Westbahnhofstraße 2, 07743 Jena  
Tel./Fax: 0 36 41 / 62 21 78

Internet: [www.dgpmr.de](http://www.dgpmr.de)  
[www.bvprm.de](http://www.bvprm.de)

#### Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner (DGPMR)  
Dr. med. Jean-Jacques Glaesener (Berufsverband)

#### Konzept und Produktion:

impressum Publikation und PR, Hamburg

**Abdruck der Texte und Grafiken honorarfrei bei Angabe der Quelle DGPMR.**

**Die Texte und Grafiken stehen zum Download im Internet:**  
[www.dgpmr.de](http://www.dgpmr.de) / [www.bvprm.de](http://www.bvprm.de)