



PRESSE-SERVICE

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zu wenig ambulante Rehabilitation in Deutschland

Reha-Fachärzte könnten oft langwierige Heilverfahren und Frühverrentung vermeiden – wenn sie rechtzeitig eingeschaltet würden

Bei der medizinischen Rehabilitation nach schweren Unfällen oder Krankheiten ist in Deutschland nur die stationäre Versorgung in Reha-Kliniken zufriedenstellend ausgebaut. Reha-Facharztpraxen und -Zentren könnten viele Rehabilitationsverfahren auch ambulant und damit günstiger steuern und durchführen. Doch bei den Kostenträgern gibt es noch große Hemmnisse. Obwohl die Rentenversicherer bis Anfang 2005 einen Anteil der ambulanten Rehabilitation von 20 Prozent vorausgesagt haben, liegt er unter 3 Prozent, kritisiert der Berufsverband der Reha-Fachärzte.

Ein Patient, der nach seiner Operation noch pflegebedürftig ist oder nicht oh-

ne Hilfe gehen kann – natürlich ist bei ihm eine mehrwöchige, stationäre Rehabilitation in einer Reha-Klinik angebracht. Ebenso sind Patienten, die bei ihrer Rehabilitation Gruppentherapie oder psychiatrische bzw. psychotherapeutische Betreuung benötigen, dort besser aufgehoben. „Viele Patienten benötigen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus aber keine stationäre Rundum-Rehabilitation mehr“, erläutert Dr. Almut Heyne vom Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte. „Sie sind in ihrem häuslichen Milieu besser aufgehoben; bei ihnen genügt es, wenn sie mehrmals



Bewegungstherapie in einem ambulanten Reha-Zentrum

die Woche zur Rehabilitation in ein ambulantes Zentrum oder zu einer Facharztpraxis gehen.“ Für Berufstätige, Studenten oder allein Erziehende ist die ambulante Versorgung oft die einzig mögliche und „alltags-kompatible“ Form, überhaupt eine Rehabilitationsmaßnahme mitmachen zu können.

Der Reha-Facharzt fungiert dann gewissermaßen als Lotse: Er leitet in der Regel die medizinische Rehabilitationsmaßnahme selbst und arbeitet mit *weiter auf Seite 2*

Schmerztherapie: Eine Maßnahme allein reicht nicht aus

DGPMR: Neues, multimodales Therapieverfahren zeigt bei Rückenschmerz gute Erfolge

Verspannungen, Kreuzschmerzen, Ischias: Jeder dritte Bundesbürger hat zumindest ein Mal im Leben ernsthafte Probleme mit dem Rücken. Oft wird der Schmerz chronisch und verselbstständigt sich. Bei Dauerschmerz wird jedoch meist nur auf eine oder wenige Behandlungsmethoden gesetzt, stellt die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) fest. Sehr gute Erfahrungen wurden mit einem neuen multimodalen Ansatz, der Kombination unterschiedlicher Therapien, gemacht: dem Münchner Rücken Intensiv Programm (MüRIP).

Ob Krankengymnastik, Massagen oder Bäder: Viele Behandlungsverfahren zur Schmerzbekämpfung werden häufig für sich allein angewendet. Im Rahmen des MüRIP dagegen werden gezielt verschiedene Ansätze kombiniert. „Es ist von zentraler Bedeutung“, so Dr. Peter Schöps von der DGPMR, „dass nicht die einzelnen Therapien für sich stehen, sondern eingebunden sind in ein vernetztes, multimodales Konzept.“

Vier Wochen lang werden nach einem genauen Plan die einzelnen Therapiemaßnahmen täglich angewendet.

weiter auf Seite 2

Stichwort Schmerz

Die Ursache akuter Schmerzen ist meistens eine Schädigung des Gewebes. Mit der Ausheilung geht auch der empfundene Schmerz zurück. Bei chronischen Schmerzen hat er sich jedoch von seiner Grundlage entkoppelt, ist körperlich unbegründet. Ungewöhnlich sind solche Schmerzen ohne Basis jedoch nicht. Zwölf Millionen Deutsche sind nach DGPMR-Angaben zumindest vorübergehend davon betroffen. Schmerzen haben auch seelisch-emotionale Reaktionen zur Folge. Bei vielen Menschen lösen sie Ohnmachtsgefühle, depressive Verstimmungen und Angst vor weiteren Belastungen aus. Bei verstärkten chronischen Schmerzen kann es zu vegetativen Beschwerden wie rasendem Puls, Schwitzen oder Schlafproblemen kommen.



Fortsetzung von Seite 1

Zu wenig ambulante Rehabilitation...

Physiotherapie-, Ergotherapie- und Logopädiepraxen sowie für die Hilfsmittelversorgung mit Sanitätshäusern zusammen. Auf Grund seiner speziellen Ausbildung und Kenntnisse kann er die notwendigen Maßnahmen kompetent verknüpfen und steuern, um für den Patienten eine optimale Rehabilitation zu gewährleisten. In ambulanten Reha-Zentren werden die Therapien auch direkt vor Ort durchgeführt. Dr. Heyne: „Leider ist die Zahl der niedergelassenen Reha-Fachärzte mit bundesweit 250 noch sehr gering. Eine flächendeckende Versorgung ist so nicht möglich. Deswegen sind auch Hausärzte, Orthopäden, Unfallchirurgen und andere Fachärzte gefragt, die Reha-Steuerung zu übernehmen.“ Problematisch sei jedoch, dass bei ihnen oft zu wenig Wissen bestehe, wann eine Rehabilita-

tion notwendig ist. Dr. Heyne: „Sie sollten daher auf Fortbildungen dafür sensibilisiert werden, wann Reha-Maßnahmen eingeleitet werden sollten.“

Die geringe Zahl an Reha-Fachärzten ist aber nur ein Grund für die unbefriedigende Situation der ambulanten Rehabilitation. Der andere liegt bei den Kostenträgern wie Kranken- und Rentenversicherungen. „Die ambulante Rehabilitation ist auf viele verschiedene Kostenträger verteilt, die alle unterschiedliche Anerkennungspraxen haben“, bemängelt Dr. Heyne „Sie stellen zum Teil so hohe Anforderungen an die ambulante Rehabilitation, dass diese quasi einer stationären gleichkommt.“ So muss der Patient vier bis sechs Stunden pro Tag im Reha-Zentrum verbringen – viel zu viel für Patienten, die so selbstständig sind, dass sie nebenher wieder in ihren Beruf eingliedert werden können. In ländlichen Gebieten und Kleinstädten sind zudem die Patientenzahlen nicht hoch genug,

um etwa einen fest angestellten Logopäden oder Psychologen ganzzeitig beschäftigen zu können, wie es die Vorgaben der Kostenträger erfordern.

Außerhalb der Ballungszentren sind daher flexible Modelle gefragt, bei denen bei Bedarf zum Beispiel ein ortsansässiger Logopäde kurzfristig hinzugezogen wird. „Die stationäre Rehabilitation in Deutschland ist sehr gut“, so Dr. Heyne. „Die ambulante ist im Vergleich zu ihr völlig unterrepräsentiert.“ Noch seien die Rentenversicherer weit von ihrem Ziel entfernt, bis Anfang 2005 20 Prozent aller Reha-Leistungen ambulant anzubieten. Bisher liege der Anteil nur bei 3 Prozent. Dr. Heyne: „Dabei könnte die ambulante Rehabilitation entscheidend dazu beitragen, Kosten einzusparen. Ein Patient, der keine stationäre Rehabilitation machen kann oder will, bleibt oft ganz unversorgt. Sein Leiden kann chronifizieren und zur Frühverrentung führen. Und das verursacht dann erst wirklich Kosten.“

Fortsetzung von Seite 1

Schmerztherapie ...

Im Rahmen der Behandlung kommen Massagen, Bäder, Gymnastik, Ultraschall und Elektrotherapie in individueller Kombination zum Einsatz. Außerdem lernen die Patienten, sich bewusst mit dem Phänomen Schmerz auseinanderzusetzen. Die Erfolge können sich sehen lassen: 60 Prozent der zu Beginn arbeitsunfähigen Patienten konnten nach der Therapie ihre Tätigkeit wieder aufnehmen; die Patienten fühlten sich durch den Schmerz subjektiv im Alltag deutlich weniger beeinträchtigt.

Klassische Rückenschulen und hausärztliche Empfehlungen setzen zu oft noch auf Schonhaltung und Vermeidungsstrategien und verstärken damit

mittelfristig viele Schmerzen, so die DGPMR. Beim MüRIP hingegen werden gerade auch ungünstige Bewegungen geübt, denn noch immer



berücksichtigen herkömmliche Therapiekonzepte die Belastungen des Arbeitsalltags der Betroffenen viel zu wenig. Dies ist beim MüRIP anders. Hier wird im Rahmen der Ergotherapie

versucht, mit dafür eigens konstruierten Arbeitsplatzsituationen Haltungen und Bewegungen zu trainieren, die sich im Alltag nicht vermeiden lassen.

Sehr wichtig bleibt die aktive Mitarbeit des Patienten über die Therapie hinaus. „Wir wissen, dass die meisten Methoden nur dann anhaltenden Erfolg haben“, erklärt Dr. Schöps, „solange die Patienten selbstständig weiter üben oder behandelt werden. Deswegen müssen ihre Wünsche und Ängste auf jeden Fall berücksichtigt werden.“ Die psychologischen Faktoren, die durch Schmerz verursacht werden, sind von entscheidender Bedeutung. Eine große Hilfe beim selbstständigen Weiterüben ist das Biofeedback, das bei den Übungen Rückmeldung gibt, ob der gewünschte Trainingseffekt erzielt wird.

DGPMR: Die wichtigsten Therapieansätze contra Schmerz

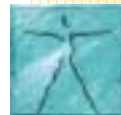
Die **Krankengymnastik** spielt in der Schmerzbehandlung eine zentrale Rolle, da sie dem Patienten zahlreiche Möglichkeiten eröffnet, aktiv an der Schmerzbekämpfung mitzuwirken.

Die **therapeutische Massage** konzentriert sich im Wesentlichen auf eine Verbesserung der regionalen Blutzirkulation und die Entspannung schmerzhafter Muskelhäuten.

Neben der **Hydrotherapie**, die durch kaltes oder warmes Wasser (Voll-, Teil- und Wechselbäder) mechanische und chemische Wirkungen erzielt, werden auch klassische **Packungen (Moor, Fango, Schlick)** und **heiße Wickel** angewendet. Um tiefer gelegene Gewebeschichten zu erwärmen, wird auch mit **Ultraschall** gearbeitet. **Kryotherapie** mit Eiswasser,

-beuteln und kalten Wickeln wirkt dämpfend auf den Schmerz.

Bei der **Elektrotherapie** wird die gesamte schmerzhafteste Region und auch ihr Ausstrahlungsgebiet unter Strom gesetzt. Über die Dosierung der Stromstärke entscheidet der Patient. Das typische „Nadelstich-Gefühl“ des Stroms darf sich nicht zu einem Brennen oder Schmerz steigern.



Kleine Hilfen – große Wirkung

Mit Gelenkproblemen ist Wandern oder Heimwerken oft nicht mehr möglich. Der Reha-Facharzt kann das ändern

Probleme mit den Gelenken haben über 20 Millionen Deutsche mindestens ein Mal im Leben. Ob Verschleiß, Rheuma oder Operation als Ursache, die Folgen sind oft ähnlich: Viele Aktivitäten – von Sport bis Klavierspielen, von Heimwerken bis Anziehen – sind nicht mehr möglich. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) betont, dass dies nicht so sein muss. Reha-Fachärzte können Patienten durch kleine und meist nicht teure Hilfsmittel oft wieder zu früheren Aktivitäten und neuer Lebensqualität verhelfen.

„Wandern mit meinem Knie? Das war einmal“, bedauert die 55-Jährige, die seit Jahren Probleme mit den Kniegelenken hat. Ein kurzer Spaziergang verursacht schon Schmerzen. „Ein Besuch beim Reha-Facharzt könnte der Frau sehr weiterhelfen“, rät Prof. Christoph Gutenbrunner, Präsident der DGPMR. „Die Rehabilitationsmedizin kennt viele oft einfache, aber effektive Hilfsmittel, mit denen unterschiedlichste Aktivitäten wieder ermöglicht werden.“ Bei Kniegelenkserkrankungen stützen so genannte Orthesen, etwa Kniebandagen, nicht nur passiv das Gelenk, wie man früher annahm, sondern haben auch eine aktivierende Wirkung auf die Oberschenkelmuskulatur. Bei plötzlichen Belastungen wie Sprüngen, Treppensteigen und Bergauf-Laufen springt die Muskulatur schneller an und verhindert Fehlbelastungen. „Bandagen schwächen die Muskeln nicht, sondern trainieren sie“, bestätigt Prof. Gutenbrunner. „Wir hatten Patienten, die freudestrahlend berichteten, dass sie mit ihrer neuen Knieorthese wieder wandern waren. Auch Sportler nutzen solche Hilfsmittel wegen ihrer Trainingswirkung zunehmend.“ Wichtig ist jedoch, so empfiehlt die DGPMR, sie nicht „von der Stange“ im Sport- oder Sanitätshaus zu kaufen, sondern vom Reha-Facharzt individuell anpassen zu lassen. Erst wenn das spezifische Gelenkproblem berücksichtigt sei, könne die Orthese die Stütz- und Trainingswirkung erzielen.

Ähnlich segensreiche Effekte bringen Hilfsmittel zur Erleichterung ganz alltäglicher Tätigkeiten. Wer sich nach einer Hüftoperation nicht mehr bücken kann, weiß, wie mühselig es ist, sich Socken anzuziehen, Schuhe zuzubinden oder Dinge aufzuheben. Wer seine Fingergelenke nicht mehr gut bewegen kann, hat Schwierigkeiten, ein Marmeladenglas aufzuschrauben, mit einer Schere zu schneiden oder die Hose zuzuknöpfen. Häufig geht dies nicht mehr ohne fremde Hilfe, was oft Gefühle von Abhängigkeit und psychische Probleme



Spezialbesteck



Strumpfanzieher



Knieorthese

Foto: Fa. Thämer



Glashalter

auslöst. Hier gibt es eine große Anzahl ausgeklügelter Hilfsmittel, etwa Griffe, Zangen, Hilfsmittel, die Gegenstände fixieren oder die Hebelgesetze ausnützen. „Erfahrungsgemäß kennen nicht speziell weitergebildete Ärzte solche Hilfsmittel zu wenig“, so Prof. Gutenbrunner von der DGPMR. „Hier lohnt sich der Gang zum Reha-Facharzt, der mit dem Patienten und dem Ergotherapeuten die optimale Lösung herausfindet und anpasst. Diese Hilfsmittel haben zu Unrecht ein wenig populäres Image. Sie bringen vielen Menschen eine kaum mehr für möglich gehaltene Selbstständigkeit und damit ein großes Stück Lebensqualität zurück.“

Welches Hilfsmittel für welchen Zweck?

Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) gibt Tipps für den Umgang mit den gebräuchlichsten Hilfsmitteln. Wichtig ist, immer zunächst einen Reha-Facharzt hinzuzuziehen, der das individuell beste Hilfsmittel aussucht und in seinen Gebrauch einweist.

Gehhilfen (Gehstützen, Gehwagen). Zur Entlastung von Knie- und Fußgelenken, z.B. nach einer Operation. Der richtige Gebrauch ist zuvor unbedingt unter Anleitung des Reha-Facharztes einzuüben, sonst tritt möglicherweise keine entlastende oder sogar eine kontraproduktive Wirkung ein.

Orthesen, Bandagen. Zur Aktivierung der Muskulatur bei Gelenkerkrankungen; haben entgegen früherer Meinungen nicht nur stützende Funktion.

Hanteln, Thera-Bänder, elastische Bänder. Zum Training von Muskulatur und Knorpelgewebe. **Stehkreisel, Wippbretter, Pezzi-bälle.** Therapiemittel zum sensorischen Training, also z.B. zur Schulung von Bewegungskoordination und Gleichgewicht.

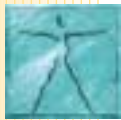
Bewegungs-Motor-Schienen. Zur Förderung der Gelenkbeweglichkeit und zur Prophylaxe von Versteifungen und Thrombosen. **Seilzug- und Sequenztherapiegeräte.** Medizinische Trainingsgeräte für Muskelkraft und Muskelausdauer. Gibt es für den sportmedizinischen und rehabilitativen Bedarf in großer Vielfalt.

Fahrrad- und Handkurbelergometer, motorisierte Laufbänder, Steps. Aus Fitness-Studios bekannte, für den medizinischen Einsatz angepasste Geräte zum Herz-Kreislauf-Training.

Hilfsmittel für die Bewegungs- und Psychotherapie. Dienen zur Stimulation von Sinnesfunktionen und können auf Grund ihres „Erlebnischarakters“ psychische Prozesse anstoßen (Sand- und Kastaniensäckchen, Tennisbälle, Seile, Stäbe, Aromafäschchen, Früchte usw.)

Rollstühle. Haben eine enorme technische Entwicklung hinter sich und sind heute nicht nur für Querschnittsgelähmte und Gehbehinderte zur aktiven Fortbewegung geeignet, sondern auch zur vorübergehenden Entlastung der Beine und Gelenke bei Verletzungen, Rheuma und nach Operationen.

Hilfsmittel für den Alltag. Greif-, Schneide-, Anziehhilfen, ergonomische Sitzkissen und Stühle und vieles mehr.



Teure Operation – und dann alleine gelassen

Reha-Fachärzte beklagen: Fehlende Nachbetreuung stellt OP-Erfolg oft wieder in Frage

Komplizierte, mehrere tausend Euro teure Operationen sind oft nicht von Erfolg gekrönt, weil danach zu wenig Rehabilitationsmaßnahmen stattfinden. Operierte Gelenke versteifen, manchmal wird eine erneute Operation notwendig, kritisiert der Berufsverband der Reha-Fachärzte.

Ein Sturz, ein Unfall – und ein komplizierter Oberarmknochenbruch im Schulterbereich. Die Kosten für solch eine Operation können sich auf 7.000 Euro summieren, berücksichtigt man alle Faktoren wie Klinik-, Personal- und Materialkosten. Es kommen Spezialisten zum Einsatz, man verwendet innovative Titan-Implantate, die Patienten bleiben rund acht Tage auf Station. Dennoch ist dieser hohe Kostenaufwand nach Erfahrung der DGPMR und des Berufsverbandes der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte oft nur von kurzfristigem Erfolg gekrönt: „Wir sehen häufig zwei bis drei Monate nach einer Operation Patienten, die ihre Schulter immer noch nicht bewegen können“, berichtet Verbandspräsident Dr. Jean-Jacques Glaesener. „Der ganze Aufwand der operativen Versorgung hat sich praktisch nicht gelohnt, weil im Anschluss an die Entlas-

sung aus der Station keine kompetente Nachbehandlung stattgefunden hat. Der Patient wird mit sich und seiner frisch operierten Schulter allein gelassen. Bereits nach drei Monaten kann die Schulter steif sein.

Was folgt, ist eine langwierige und wiederum kostenintensive Schulterbehandlung. Schlimmstenfalls muss eine Mobilisation des versteiften Gelenks erneut unter Narkose stattfinden. „Dieses Leid des Patienten und die Folgekosten könnten vermieden werden, wenn im Anschluss an Operationen routinemäßig Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet und konsequent überwacht würden“, so Dr. Glaesener. „Hier muss im deutschen Krankenhauswesen noch einiges passieren.“ Häufig werde dem Patienten bei der Entlassung lediglich empfohlen, den Hausarzt aufzusuchen. Viele folgten dieser Empfehlung aber erst, wenn die Schmerzen überhand nehmen. Der Hausarzt habe indes nur selten weitreichendes Fachwissen über die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen und könne allenfalls den Schmerz mit Medikamenten behandeln. Er verfüge außerdem über ein begrenztes Heilmittelbudget – eine Beschränkung, der der Reha-Facharzt nicht unterliegt.

Marginaler Kostenfaktor

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen sind im Vergleich zur Operation sehr moderat. Während sich eine Wirbelsäulenoperation ohne weiteres auf über 10.000 Euro beläuft, schlägt eine anschließende vierwöchige krankengymnastische Behandlung mit unter 500 Euro zu Buche, eine ausgedehnte Massage oder Lymphdrainage mit knapp 10 Euro. Der zusätzliche Kostenfaktor der Rehabilitation ist marginal. Entscheidend ist vielmehr, dass sie bereits im Krankenhaus beginnt und nahtlos in eine ambulante Rehabilitation in einer rehabilitationsärztlichen Praxis oder einem Reha-Zentrum übergeht. In schwereren Fällen, bei pflegebedürftigen Patienten, kann die Verlegung in eine Reha-Klinik erforderlich sein. Der Reha-Facharzt stellt einen Rehabilitationsplan auf, zieht die erforderlichen

Therapeuten hinzu, überwacht Verlauf und Ergebnis der Rehabilitation. „Die zusätzlichen Kosten sind gering, aber Ausschlag gebend dafür, ob eine teure OP auch langfristig von Erfolg gekrönt ist“, so Dr. Glaesener. „Rehabilitation hilft, Kosten im Gesundheitssystem einzusparen. Doch noch ist die routinemäßige Einbeziehung der Rehabilitation nach einer Operation eher die Ausnahme. Häufig verlassen Patienten die Station ohne klare Anweisung über die rehabilitative Nachbetreuung. Dies müssen wir ändern.“

Wichtiger Zukunftsbereich

Die wachsende Bedeutung der Rehabilitation innerhalb des Gesundheitssystems lässt sich daran ablesen, dass der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch IX von 2001 den hohen Stellenwert der Rehabilitation betont und ihren Ausbau fordert. Das Fach Physikalische Medizin und Rehabilitation ist ab dem Wintersemester 2003/04 Bestandteil des Medizinstudiums. Angesichts der demographischen Entwicklung, die immer mehr ältere und damit chronisch kranke, behinderte und multimorbide Menschen mit sich bringen wird, gilt die Rehabilitationsmedizin als wichtiger Zukunftsbereich.

Ziel ist, dass die Menschen trotz Krankheit oder Behinderung weiterhin ein möglichst selbstständiges Leben führen können. Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit und damit hohe Kosten verhindern. Vor diesem Hintergrund ist die Physikalische und Rehabilitative Medizin schon jetzt ein unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgungslandschaft. Der Facharzt für PRM – seit 1992 zugelassen und bei der Erneuerung der ärztlichen Weiterbildungsordnung durch den Ärztetag 2003 in seiner Bedeutung noch verstärkt – wird künftig ein immer größeres Gewicht in der Patientenversorgung einnehmen. Er ergänzt andere Fachärzte, indem er sich nicht wie diese um Erkrankungsursachen, sondern um die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen kümmert – wenn diese chronifizieren, nicht mehr voll ausheilen oder zu Behinderungen führen.

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
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 honorarfrei bei Angabe der Quelle DGPMR.

Der Presse-Service steht zum Download im Internet:
www.dgpmr.de / www.bvprm.de