

Reha-Kommission

Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Abschlußberichte – Band III

Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“

Teilband 2

**„Krankheiten der Verdauungsorgane und
des Stoffwechsels“**

Teil I - Seite 349-474

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

VDR 

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

Folgende Abschlußberichte liegen vor:

- Band I Recht und Struktur
- Band II Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III Rehabilitationskonzepte**
 - Teilband 1 Rahmenkonzept
 und krankheitsspezifische Konzepte
 - Teilband 2 Krankheitsspezifische Konzepte**
 - Teilband 3 Krankheitsspezifische Konzepte und
 Schwerpunkte der Weiterentwicklung
- Band IV Epidemiologie/EDV-Verfahren
 - Teilband 1 Epidemiologie
 - Teilband 2 EDV-und Dokumentationsverfahren
 - Teilband 3 Qualitätssicherung
- Band V Verwaltung
- Band VI Forschung und Lehre
- Band VII Gutachten und Tagungsergebnisse
 - Teilband 1 Gesundheitsökonomie/Europäischer
 Vergleich
 - Teilband 2 Ambulante Rehabilitation in der ehemali-
 gen DDR
 - Teilband 3 Balneologie in der medizinischen Reha-
 bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

REHA-KOMMISSION
Abschlußbericht

Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“

Projektuntergruppe 1 „Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechselkrankheiten“

Rehabilitation bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels

*** Allgemeines Rehabilitationskonzept**

*** Spezielle Rehabilitationskonzepte**

*** Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze**

Gliederung

Mitgliederliste	355
Teil I: Allgemeines Rehabilitationskonzept bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels	357
1. Einleitung	357
2. Spezifische Problemlagen bei Patienten	358
3. Indikation zur Rehabilitation im Fachbereich Gastroenterologie-Stoffwechsel (nach ICD 9)	359
4. Ziele und Aufgaben der Rehabilitation	360
5. Diagnostik	363
6. Therapie	364
6.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne	365
6.2 Diätetik und Ernährungsberatung	365
6.3 Hilfsmittelversorgung und -gebrauchsschulung	366
6.4 Gesundheitsbildung	366
6.4.1 Allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsbildung	366
6.4.2 Krankheitsspezifische Programme	367
6.5 Bewegungs- und Physiotherapie	368
6.6 Klinische Psychologie und Psychotherapie	369
6.7 Sozialberatung und berufsbezogene Maßnahmen	370
6.8 Einbeziehung von Angehörigen	371
6.9 Vorbereitung der Nachsorge	371
6.10 Ortsgebundene Heilmittel	372
6.11 Allgemeine Fragen zur Therapie	372

7.	Dokumentation und Therapiekontrolle	373
8.	Dauer der stationären Behandlung	374
9.	Ausstattung	374
9.1	Personelle Anforderungen	374
9.2	Räumlich-technische Ausstattung	376
10.	Schnittstellen	377
10.1	Nachsorge	377
10.2	Kooperation mit nachbehandelnden Ärzten und Betriebsärzten	377
Teil II: Spezielle Rehabilitationskonzepte		378
II.1	Chronische Lebererkrankungen, speziell alkoholbedingte Leberschäden und chronisch-infektiöse Leberentzündungen	378
II.2	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	384
II.3	Exkretorische Pankreasinsuffizienz	390
II.4	Funktionelle Syndrome in der Gastroenterologie	398
II.5	Ulkus-Erkrankungen	409
II.6	Diabetes mellitus	422
II.7	Adipositas	435

Teil III:	Problemfelder der Rehabilitation bei	
	Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen:	
	Schwerpunkte der Weiterentwicklung	445
1.	Einleitung	445
2.	Gestuftes System der Rehabilitation	446
2.1	Ambulante und teilstationäre Rehabilitation	446
2.2	Leistungsstufen der Rehabilitation	447
2.3	Nachsorge	448
2.4	Regionalisierung und Wohnortnähe	449
3.	Einleitung und Vorbereitung stationärer	
	Rehabilitation	450
3.1	Unter- und Überinanspruchnahme	450
3.2	Unvollständige Vorbefunde	452
3.3	AHB-Verfahren	452
3.4	Vorbereitung der Rehabilitanden	453
4.	Stationäre Rehabilitationskonzepte	454
4.1	Gesundheitsbildung	454
4.2	Psychosoziale Aspekte der Rehabilitation	455
4.3	Funktionsdiagnostik	456
4.4	Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen	457
4.5	Sozialmedizinische Begutachtung, Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten	457
5.	Durchführung der Rehabilitation	459
5.1	Multimorbidität	459
5.1.1	Alkohol als übergeordnetes Problemfeld bei Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen	459
5.1.2	Adipositas	462
5.2	Bewilligungszeiten und Behandlungsdauer	464
5.3	Kooperation	465
5.3.1	Kooperation mit Krankenkassen	465
5.3.2	Krankenhäuser	466

5.3.3	Niedergelassene Ärzte	466
5.3.4	Betriebe und Betriebsärzte	467
5.3.5	Kooperation mit dem Kosten-/Leistungsträger	467
5.3.6	Kooperation mit dem Kostenträger als Klinikträger	468
5.4	Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht	470
5.5	Qualitätssicherung	471
6.	Der Arzt in der Reha-Klinik - Status der Reha-Ärzte	471
7.	Öffentlichkeitsarbeit	472
8.	Rehabilitationsforschung	472
9.	Resümierende Betrachtung	472
10.	Literatur	473

Tabellen und Abbildungen

Tab. 1:	Wertigkeit rehabilitativer Interventionen	362
Tab. 2:	Therapeutische Ansatzpunkte in der Rehabilitation bei Ulkus-Patienten	412
Tab. 3:	Medizinische Diagnostik in der Diabetes-Reha- bilitation	425
Abb. 1:	Allgemeines Ablaufschema: Rehabilitation bei Ulkus-Patienten	421

Projektuntergruppe 3 im Arbeitsbereich 3:

"Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechselkrankheiten"

Mitgliederliste

Dr. Dietz von Stetten	Projektuntergruppenleiter, Medizinische Klinik Passau der LVA Niederbayern-Oberpfalz
Dr. Rüdiger Doßmann	Rehabilitationsklinik Taubertal der BfA, Bad Mergentheim (seit 1.6.90)
Dr. Dipl.-Soz. Nikolaus Gerdes	Institut Schloß Reisenburg, Günzburg
PD Dr. Siegfried Gutschmidt	Klinik Fränkische Saale der LVA Hannover, Bad Neustadt
Prof. Dr. Ekke Haupt	Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der BfA - Saale-Klinik
Prof. Dr. Reinhard Herz	Fachklinik Bad Salzig der LVA Rheinland-Pfalz, Boppard
Dipl.-Psych. Bernd Kulzer	Diabetes-Klinik Bad Mergentheim
Dr. Dierk Rosemeyer	Klinik Rosenberg der LVA Westfalen, Bad Driburg (seit 1.2.90)
Prof. Dr. Reinhold Stockbrügger	ehemals: Marbachtalklinik der LVA Oldenburg-Bremen, Bad Kissingen (bis 31.5.90)
Prof. Dr. Wolfgang Tittor	Stoffwechselklinik Bad Mergentheim der LVA Württemberg
Dr. Eberhard Zillessen	Klinik "Niederrhein" der LVA Rhein provinz, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Prof. Dr. Walter Zilly	Hartwald-Rehabilitationsklinik der BfA, Bad Brückenau

Wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych.
Rolf Buschmann-Steinhage

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

Dipl.-Psych. Heiner Vogel

Koordinationsstelle
der Reha-Kommission

Teil I: Allgemeines Rehabilitationskonzept bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels

1. Einleitung

Klinische Rehabilitation nach Unfällen, bei rheumatischen, neurologischen oder pulmonalen Krankheiten und nach Herzinfarkt hat inzwischen einen festen Platz im Bewußtsein der Ärzteschaft erlangt. Dagegen sind die Aufgaben und Ziele der Rehabilitation bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels weniger vertraut. Für diese Situationen kommen aus der Sicht der Projektuntergruppe 3 im wesentlichen folgende Gründe in Betracht:

- (1) Bisher war es nicht selbstverständlich, für Patienten mit chronischen Erkrankungen der Verdauungsorgane oder des Stoffwechsels eine medizinische Rehabilitation anzuregen, zum einen, weil die krankheitsbedingte Behinderung nicht augenfällig ist, zum anderen, weil bei einem Großteil dieser Erkrankungen Beschwerden (Schmerzen) erst in relativ spätem Krankheitsstadium auftreten.
- (2) Die therapeutischen Möglichkeiten der modernen gastroenterologischen Rehabilitation sind kaum bekannt. Die Behandlungserfolge waren aufgrund eines sehr unterschiedlichen medizinischen Standards und Leistungsangebots in der Vergangenheit bescheiden, so daß der Aufwand nicht immer gerechtfertigt erschien. Zudem hat es die gastroenterologische Rehabilitationsmedizin nicht hinreichend verstanden, sich gegenüber dem herkömmlichen Kurwesen ("Leberbad") eindeutig abzugrenzen.
- (3) Die zunehmende Zahl niedergelassener Gastroenterologen und die Etablierung gastroenterologischer Abteilungen an vielen Akutkliniken hat dazu geführt, daß chronisch Kranke an diesen

Orten behandelt werden, zumal sie im Gegensatz zu Rehabilitationskliniken für den niedergelassenen Arzt rasch und wohnortnah zu erreichen sind. Der bestehende Bettenüberhang in den Krankenhäusern der Grundversorgung hat diese Tendenz weiter gefördert, so daß die Reha-Medizin eher als Konkurrenz und nicht als ergänzendes oder spezialisiertes Glied in der Behandlungskette dieser chronisch Kranken gesehen wird.

2. Spezifische Problemlagen bei Patienten

Für die Rehabilitanden aus dem gastroenterologisch-metabolischen Indikationsbereich lassen sich einige besondere Probleme aufzeigen:

- (1) Im Gegensatz zu anderen Indikationsgebieten ist das "Patientengut" durch eine relativ große Heterogenität gekennzeichnet. Neben der Vielzahl der Einzeldiagnosen (s. Kapitel 3) finden sich bei diesen Patienten oftmals zusätzlich allgemein internistische, orthopädische und neurologische Erkrankungen, überwiegend infolge der Hauptdiagnose, teilweise aber auch unabhängig davon (Multimorbidität).
- (2) Bei chronischen Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels ist eine multifaktorielle Entstehung typisch, wobei in vielen Fällen die gesundheitsschädigende Lebensweise (insbesondere Alkoholmißbrauch, falsche Ernährung, Bewegungsmangel) im Vordergrund steht.
- (3) Viele der zu behandelnden Patienten weisen eine begleitende oder zugrundeliegende psychosoziale Störung auf.
- (4) Die Diagnostik dieser Krankheitsbilder ist an eine hochwertige medizintechnische Ausrüstung (Endoskopie, Röntgen

einrichtung, größeres Labor mit der Möglichkeit, organbezogene Funktionstests durchzuführen) gebunden.

3. Indikation zur Rehabilitation im Fachbereich Gastroenterologie-Stoffwechsel (nach ICD 9)

Die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich erst dann gegeben, wenn außer einer chronischen Krankheit auch eine Behinderung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit droht oder gar vorliegt und wenn für den Kranken das therapeutische Angebot der Rehabilitationsklinik von Nutzen ist. Folgende Krankheiten fallen in den Fachbereich:

- Zustand nach Operation oder akutmedizinischer Therapie bösartiger Neubildungen der Verdauungs- und Stoffwechselorgane (ICD 150-159),
- Zustand nach Operation der Verdauungs- und Stoffwechselorgane (ohne Tumorerkrankungen) im Zusammenhang mit weiter unten aufgeführten Krankheiten,
- Krankheiten der Schilddrüse (ICD 240-246),
- Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (u. a. Diabetes mellitus; ICD 250-259),
- Ernährungsmangelkrankheiten (ICD 260-269),
- Sonstige Stoffwechselkrankheiten und Störungen im Immunsystem (u. a. Adipositas, bestimmte Malabsorptionsstörungen; ICD 270-279),

- Krankheiten der Verdauungsorgane, insbesondere Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (ICD 530-537),
- Nicht-infektiöse Enteritis und Colitis (ICD 555-558),
- Sonstige Krankheiten des Darmes und des Bauchfelles (ICD 560-569),
- Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane (u. a. Leber- und Gallenerkrankungen, bestimmte Malabsorptionsstörungen; ICD 570-579).

4. Ziele und Aufgaben der Rehabilitation

Die Behandlung beim Hausarzt oder in der Akutklinik kann die Anpassung an eine chronische Krankheit und ihre Folgen oftmals nicht bewirken. Bei vielen Patienten muß neben einer rein medizinischen Therapie zusätzlich ein Bündel von Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden. Die konkreten Aufgaben sind im Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation (siehe Teil A) abgehandelt. Zusammengefaßt stellen sich diese für den Bereich der Rehabilitation bei Erkrankungen der Verdauungs- und Stoffwechselorgane wie folgt dar:

- (1) Präzisierung, Aktualisierung und ggf. Ergänzung gastroenterologischer und stoffwechselbezogener Diagnostik, einschließlich der Beurteilung des Leistungsvermögens.
- (2) Abklärung psychosozialer Krankheitsbedingungen, deren Auswirkung auf das Krankheitserleben und seine Bewältigung.

- (3) Dosierte Verbesserung des Leistungsvermögens unter Ausschöpfung der medizinischen Therapiemöglichkeiten, der Ernährungs- und Bewegungstherapie.
- (5) Vermittlung von Informationen über die Erkrankung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Schulung der Patienten in Methoden der Selbstkontrolle und der Selbstbehandlung (Adaptation).
- (5) Beratung zu Fragen der verbliebenen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und eventuell die Einleitung berufsfördernder Maßnahmen.
- (6) Erarbeitung von Nachsorge- und Langzeitkonzepten einschließlich der Kontaktaufnahme zu Hausarzt, Betriebsarzt, Sozialdiensten und Selbsthilfegruppen.

Es hängt nun von Art und Schwere der Erkrankung, aber auch von der Person des Rehabilitanden (z. B. Motivierbarkeit des Rehabilitanden, Persönlichkeitsstruktur) ab, ob alle rehabilitationspezifischen Aufgaben wahrgenommen werden müssen bzw. welche von ihnen Priorität haben. Dabei sollten verschiedene Methoden eingesetzt werden. Neben den erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Methoden der Kurativ-Medizin werden in der Rehabilitationsklinik als Behandlungsformen Einzelgespräche, Seminare (= Schulungen), Gruppenarbeit, Bewegungstherapie u. a. eingesetzt.

Je nach Einzeldiagnose stehen unterschiedliche rehabilitative Aufgaben im Vordergrund. Dies bedeutet, daß jede Rehabilitationsbehandlung in diesem Diagnosenbereich auf den Einzelfall abgestellt werden muß. Standardisierte, auf die Krankheit bezogene therapeutische Programme stellen grobe Leitlinien dar.

Die nachfolgende Tabelle 1 veranschaulicht am Beispiel der häufigsten Erstdiagnosen die unterschiedliche Wertigkeit der verschiedenen rehabilitativen Aufgaben, wie sie sich aus der Sicht der Projektuntergruppe ergibt.

Tab. 1: Wertigkeit rehabilitativer Interventionen

Reha- Aufgabe	Medizinische Intervention		Adaptation Krankheitsbewältigung		Umstellung von Risikoverhalten	
	Diagnostik	Therapie	praktisch	psycho- sozial	Informat. Motivation	Schulung Training
Adipositas > 20 % n. Broca	+	+	+	+	+++	+++
Diabets mellitus Typ I	++	++	++	+	+	+++
Diabets mellitus Typ II	+	++	+	+	+++	+++
peptischer Ulcus	++	++	+	++	++	+
chronisch- entzündliche Darmerkrankung	+++	+++	++	++	+	+
chronisch- toxischer Leberschaden	++	0	+	+	+++	+
chronisch- infektiöse Leberentzündung	++	+	+	+	+	0
Stomaträger	+	+	+++	++	+	++
Untergewicht (ungeklärt)	+++	++	+	+	+	+

0: nicht relevant

+ bis +++: niedrige bis hohe Wertigkeit

5. Diagnostik

Für die gastroenterologisch/metabolische Rehabilitationsmedizin ist ein breites und fachspezifisch spezialisiertes, diagnostisches Potential erforderlich. Die Rehabilitationseinrichtung sollte je nach Schwerpunkt und der besonderen Situation der Klinik folgendes vorhalten:

- (1) Internistische/gastroenterologische Diagnostik: Soweit mitgegebene diagnostische Unterlagen eine eindeutige diagnostische Bewertung oder eine aktuelle Beurteilung der Diagnose nicht zulassen, was häufig der Fall ist, muß zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung eine möglichst rasche diagnostische Klärung durchgeführt werden. Die beschriebene Vielfalt der Diagnosen und Diagnosen-Kombinationen bedingt den Einsatz einer breiten internistisch-diagnostischen Palette sowie eines spezialisierten Repertoires aus diesem Fachgebiet:
 - Röntgen: Durchleuchtung, Aufnahme, Schichtung von Thorax, gesamter Magen-Darm-Trakt in Doppelkontrasttechnik, Gallenwege, Nieren, gesamtes Skelett-System.
 - Ultraschall: Untersuchung von Schilddrüse, Herz, gesamtem Abdomen und Endosonographie der Gelenke.
 - Gefäß-Doppler: arteriell und venös.
 - Elektrokardiographie: Ruhe-EKG, Ergometer-Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Schellong-Test; Autonome Neuropathie-Tests.
 - Endoskopie: Spiegelung des gesamten oberen und unteren Gastrointestinaltraktes incl. ERCP und Polypektomie, Laparoskopie.

- Ruhespirometrie.
 - Klinisch-chemische Laboruntersuchungen.
- (2) Gastroenterologische Funktionsdiagnostik: H₂-Atemtest. Langzeit-pH-Metrie. Resorptionsteste (Xylose-Test, Schillingtest, Gordontest). Pankreolauryltest, Pankreozymin-/Sekretin-Test. Manometrische und nuklearmedizinische Untersuchungsmöglichkeiten sind hilfreich.
- (3) Psychosoziale Diagnostik: Dabei geht es einerseits um das Erkennen der Persönlichkeitsstruktur, neurotischer Konfliktpotentiale, Präzisierung psychischer Symptome, weiterhin um Stand und Art der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitserlebens, aber auch um Klärung sozialer Kompetenzen und Defizite sowie der sozialen Integration.
- (4) Diagnostik des Leistungsvermögens in Beruf und Alltagsleben: Im Bereich der Erkrankung der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels gibt es keine etablierte Diagnostik des Leistungsvermögens. Derzeit ist somit die Bewertung einer Einschränkung der Belastbarkeit eines Patienten einerseits auf den nachgewiesenen Organ- oder Systemdefekt zu stützen, andererseits hängt sie stark ab von der subjektiven Einschätzung des Patienten selbst sowie von der Erfahrung und dem Einfühlungsvermögen des beurteilenden Untersuchers.

6. Therapie

Einen hohen Stellenwert haben in der Rehabilitation ärztliche Einzelgespräche, bei denen nicht nur somatische, psychische und soziale Inhalte Gegenstand sind. Hier werden auch Fragen der Krankheits

bewältigung, der Leistungsfähigkeit, krankheitsbezogene Ängste, Wünsche und Erwartungen erörtert. Zum Reha-Team gehören Ärzte und Schwestern/Pfleger sowie andere Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Physio- und Beschäftigungstherapeuten, StomaTherapeuten, Diabetesberater, Reha-Fachberater und Sozialpädagogen.

6.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne

Die medizinische Therapie im engeren Sinne erfolgt nach den wissenschaftlich anerkannten Regeln. Sie umfaßt neben der Kontrolle und Koordination der verschiedenen Therapien im Rahmen des Gesamttherapieplanes alle Bereiche der medikamentösen Therapie, einschließlich Infusions- und Substitutionsbehandlung, sowie Teilbereiche der interventionellen Endoskopie. Neben einer Überprüfung möglicherweise bereits laufender Therapieformen beim einzelnen Patienten, geht es um die Neueinstellung oder Korrektur einer medikamentösen Behandlung, wobei die Länge der Beobachtungszeit und die Möglichkeit, Therapie-Effekte auch unter Belastung zu erproben, besonders vorteilhaft sind.

6.2 Diätetik und Ernährungsberatung

Diätetik, Ernährungsberatung wie auch Ernährungstherapie spielen eine besonders große Rolle bei vielen Patienten aus diesem Indikationsbereich. Neben einer eingehenden Ernährungsanamnese und Erstellung eines Eingangsstatus über das entsprechende Wissen, geht es hierbei um intensive Schulung, Beratung und Ausbildung im praktischen Umgang mit Lebensmitteln. Dies gilt in besondere Weise für Patienten mit Diabetes mellitus Typ I und Typ II, aber auch für andere Patientengruppen.

Speziell im Bereich der Diabetikerschulung müssen, teils in mühevoller Einzelberatung, teils in Gruppen, differenzierte Programme durchgeführt werden. Hierfür verantwortlich sind zum einen Ärzte, zum anderen Ernährungswissenschaftler bzw. Diät-Assistentinnen und Psychologen sowie im Rahmen der allgemeinen Schulung und Motivation auch Schwestern und Bewegungstherapeuten.

Ein regelmäßiges Frühstücks- und Abendbuffet mit angeleiteter Selbstauswahl durch die Patienten sollte allgemeiner Standard sein, wie auch eine Lehrküche.

6.3 Hilfsmittelversorgung und -gebrauchsschulung

Hier sind vor allem die Diabetiker sowie Patienten mit Stomaversorgung zu nennen. Selbstmessung von Blutzucker, Urinzucker, Gewicht und Blutdruck müssen ebenso intensiv vermittelt und letztlich täglich geübt und durchgeführt werden, wie eine intensive Beratung und Schulung bei Stoma-Patienten erforderlich ist.

6.4 Gesundheitsbildung

6.4.1 Allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsbildung

Die epidemiologische und prognostische Bedeutung der klassischen Risikofaktoren (Hypertonie, Hyperlipidämie, Übergewicht, Nikotin- und/ oder Alkoholmißbrauch u. a.) ist wissenschaftlich erwiesen. Risikoverhalten führt oft mittel- und langfristige zu chronischen Erkrankungen und möglicherweise zur Frühberentung. Es ist daher von besonderer Relevanz im Rahmen der Aufgabenstellung medizinischer Rehabilitation.

Gesundheitsberatung richtet sich an Patienten mit Risikofaktoren, die noch nicht zur Erkrankung geführt haben (Sekundär-Prävention) bzw. an solche Patienten, bei denen Risikoverhalten eindeutig die bestehenden Organschäden und damit die Leistungsminderung verursacht haben (tertiäre Prävention). Entsprechend der Wichtigkeit der Modifikation von Risikoverhaltensweisen muß Gesundheitsbildung in einem individuell angepaßten, differenzierten Angebot durchgeführt werden.

Beteiligt sind Ärzte, Psychologen, Schwestern, Bewegungstherapeuten, Ernährungsberater, Sozialpädagogen usw. Regelmäßig sollten sich die in der Gesundheitsberatung tätigen Mitarbeiter zu einem Teamgespräch treffen, um besondere Ereignisse oder Behandlungsstrategien für "schwierige Patienten" zu erörtern.

6.4.2 Krankheitsspezifische Programme

Krankheitsspezifische Schulungs- und Trainingsmaßnahmen sind in Kombination mit anderen Therapiemaßnahmen in Form von Seminaren ein wesentlicher Behandlungsansatz. Sie sind für Patienten mit chronischen Erkrankungen sinnvoll, bei denen Behinderungen vorliegen oder zu erwarten sind.

Die Seminararbeit erfolgt krankheitsspezifisch in Gruppen, z. B. bei Diabetikern, bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder mit Anus praeter, bei tumoroperierten Patienten oder bei Patienten mit Stoffwechselstörungen oder Bluthochdruck. Sie umfaßt die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten, dient aber auch der Motivation zur Selbstbehandlung und zur krankheitsadäquaten Lebensweise. Dabei geht es neben dem Verständnis von Art, Entstehung und Verlauf von Erkrankungen darum, die Wirkungsweise der Therapie und zu erklären. Schließlich werden entsprechende Verhaltensregeln für die Selbstkontrolle und die eigenen Behandlungsmöglichkeiten

erarbeitet und Informationen über soziale Hilfsmöglichkeiten gegeben.

Im wesentlichen werden Methoden der Selbstbehandlung, z. B. für Insulin-Injektionen, Nahrungs- bzw. Diätzubereitung, Blutzuckerselbstkontrollen, Blutdruckmessungen usw., vermittelt und praktisch eingeübt. Wesentliches Ziel dieser Seminararbeit ist die Übertragung von Verantwortung vom Therapeuten auf den Patienten mit der allmählichen Befähigung, die eigene Krankheit besser kontrollieren und sich mit der Behinderung positiv auseinandersetzen zu können.

6.5 Bewegungs- und Physiotherapie

Die Indikation zur jeweiligen Therapieform erfolgt ärztlicherseits und ist auf das therapeutische Gesamtkonzept, das für den jeweiligen Patienten erarbeitet wurde, abgestimmt.

Bei der **Bewegungstherapie** geht es vorwiegend um die den ganzen Körper beanspruchende Bewegung mit dem Ziel der Steigerung von Ausdauer und Verbesserung bzw. Stabilisierung der Leistungsfähigkeit.

Ein wesentlicher Aspekt ist darüberhinaus die Förderung einer differenzierten Selbstwahrnehmung und das Erleben eines gesunden Körpergefühls. Mit der Akzentuierung auf Belastung und Aktivierung wird therapeutisch der häufig zu beobachtenden depressiven Somatisierung und Initiativlosigkeit entgegengewirkt.

Insgesamt dient die Bewegungstherapie der Förderung und Erprobung der körperlichen Belastbarkeit im Hinblick auf das Erwerbsleben.

Die Bewegungstherapie erfolgt stets dosiert und erfordert die ständige Kontrolle durch einen gut ausgebildeten Bewegungstherapeuten.

Hauptindikationen für **krankengymnastische Behandlungen** sind Auswirkungen von degenerativen Veränderungen, Fehlhaltungen, postoperative Mobilisierung und Überlastungszustände der Wirbelsäule und der Gelenke, aber auch atemgymnastische Intervention bei Erkrankungen der Atemwege.

Passive physikalischen Therapien wie Massagen, Packungen, Bäder, Güsse, Sauna und Elektrotherapie wirken vorwiegend entspannend, lockernd und ermöglichen auf dieser Ebene einen Zugang zum Patienten. Sie erzielen eine Schmerzlinderung und sind im übrigen hilfreich zur Einleitung einer aktiven Therapie. Auch die gezielt einzusetzende Inhalationstherapie gehört dazu.

6.6 Klinische Psychologie und Psychotherapie

Die Modifikation grundlegender Verhaltensweisen und gesundheitsbezogener Einstellungen sowie die Adaptation an die chronische Krankheit hat in diesem Indikationsgebiet einen hohen Stellenwert (siehe oben Tab. 1: Wertigkeit rehabilitativer Interventionen). Ziel des Rehabilitationsprozesses ist neben einer Verbesserung des somatischen Krankheitsverlaufs auch die Identifikation und Modifikation von psychischen Faktoren, psychosozialen Belastungen und Verhaltensproblemen, die sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken, sowie die Verbesserung der Krankheitsakzeptanz, der emotionalen Krankheitsverarbeitung und Compliance. Zudem zielen rehabilitative Maßnahmen darauf ab, psychosoziale Belastungen, die durch die Krankheit entstehen, zu reduzieren, dem Patienten eine Unterstützung zum besseren Umgang mit bestimmten Aspekten seiner Krankheit im Alltag anzubieten und Perspektiven zur besseren Bewältigung von chronischen Folgen der Erkrankung aufzuzeigen.

Diese Rehabilitationsziele sind vor allem das Aufgabengebiet der klinischen Psychologie und Psychotherapie, die in Form von psycho

logisch-therapeutischen Einzelgesprächen oder therapeutischer Gruppenarbeit erfolgt.

Psychologische Betreuung wird dementsprechend häufig erforderlich bei psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Erkrankung, bei sozialen Problemen, welche die Krankheitsbewältigung erschweren und bei psychischen und sozialen Problemen, die unabhängig von der Krankheit bestehen, deren Lösung aber für den Erfolg der Rehabilitation von Bedeutung ist.

Da gerade die Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels typische chronische Verläufe zeigen, ist eine deutliche Verbesserung der psychosozialen Versorgung für diese Gruppe von Patienten zu fordern.

6.7 Sozialberatung und berufsbezogene Maßnahmen

Wesentliche Aufgabe jeder Reha-Maßnahme ist eine qualifizierte sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit und die entsprechende Beratung des Rehabilitanden. Nach der Anamnese-Erhebung (einschließlich ausführlicher Sozial-Anamnese) und der Analyse der verbliebenen Leistungsfähigkeit muß der Arzt die Notwendigkeit beruflicher Reha-Maßnahmen überprüfen und den Patienten aus ärztlicher Sicht über dessen behinderungsgerechte Arbeitsmöglichkeiten aufklären. Er muß ferner den Sozialarbeiter und ggf. den zuständigen Reha-Fachberater über den gesundheitlichen Zustand des Patienten und das sich daraus ergebende positive und negative Leistungsbild informieren.

An Hand dieses medizinischen Hintergrund-Wissens und der Angaben des Patienten, kann der Sozialarbeiter und ggf. der Reha-Fachberater den Patienten umfassend, und auf dessen individuelle Bedürfnisse (Arbeitsplatz-Situation) ausgerichtet, beraten und nach Rücksprache mit

dem Reha-Kliniker die geeigneten Maßnahmen zur beruflichen Anpassung, Umsetzung oder Wiedereingliederung, ggf. auch beruflichen Reha-Maßnahmen und soziale Unterstützung, in die Wege leiten.

Gute Beratungsvoraussetzungen bedingen - ein fundiertes Wissen der Sozialarbeiter vorausgesetzt -, daß den Fachberatern die notwendige Zeit für ein umfassendes Gespräch eingeräumt wird. Natürlich muß allen betroffenen Patienten die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs offenstehen. Dies erfordert die konsequente Einbindung des Reha-Fachberaters in das therapeutische Team der Rehabilitationsklinik, wobei eine wöchentlich wenigstens halbtägige Anwesenheit als minimale Voraussetzung gelten dürfte. Von beträchtlicher Bedeutung für die intensiven sozialen und beruflichen Beratungserfordernisse ist darüberhinaus die Zugehörigkeit eines Sozialarbeiters oder Sozialpädagogen, der sozialmedizinisch geschult und kompetent in Fragen der beruflichen Rehabilitation sein sollte.

6.8 Einbeziehung der Angehörigen

Nicht selten erfordert die umfassende Rehabilitation und die Sicherung der Beibehaltung eingeleiteter Veränderungen auch die Einbeziehung von Familienangehörigen. Sie müssen bezüglich des Rehabilitationszieles und der therapeutischen Maßnahmen aufgeklärt werden, solange der Rehabilitand stationär behandelt wird. Wo es sinnvoll ist, müssen sie in den Verlauf einbezogen werden (Wochenendseminare, Angehörigengespräche etc.). Dabei müssen ggf. notwendige Veränderungen im Tagesablauf in der Zeit nach der Rehabilitation (z. B. bzgl. der Ernährung) besprochen und vorbereitet werden.

6.9 Vorbereitung der Nachsorge

Bereits während der stationären Heilbehandlung wird eine Nachsorge

in die Wege geleitet und der Rehabilitand motiviert, daran teilzunehmen. Aus diesem Grunde muß die Rehabilitationsklinik mit entsprechenden Selbsthilfegruppen in ständigem Kontakt stehen (Beispiele: Diabetiker-Bund, Anonyme Alkoholiker, Deutsche Zöliakie-Gesellschaft, Mucopolysaccharidose Selbsthilfegruppe, Deutsche Gesundheitshilfe Magen und Darm, Deutsche Morbus-Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Allgemeine Krebs-Beratungsstellen, Arbeitskreis der Pankreatektomierten, Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung).

6.10 Ortsgebundene Heilmittel

Für Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels sind heute ortsgebundene Heilmittel ohne medizinische Bedeutung.

6.11 Allgemeine Fragen zur Therapie

Bei Anwendung der gesamten therapeutischen Maßnahmen wird stets auf Selbstverantwortung und Selbstvertrauen gesetzt. Die Aufgaben der Therapeuten in der Rehabilitationsklinik sind in viel stärkerem Maße pädagogischer Natur als in der Akut-Klinik. Es soll Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden. Der Patient soll Coping-Strategien erlernen, mit denen er die krankheitsbedingten Einschränkungen kompensieren kann. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen Rehabilitations- und Akut-Medizin. Während der Patient sich im Akutkrankenhaus eher passiv verhalten kann, ja sogar soll, muß er in der Rehabilitation Eigenverantwortung übernehmen. Dies fordert von beiden Seiten, sowohl vom Therapeuten wie vom Patienten, ein Abweichen von gewohnten Rollenerwartungen, die sich in der Erfahrung mit akuten Krankheiten herausgebildet haben.

Nicht selten gibt es aber auch Konflikte zwischen passiver Kurserwartung des Patienten und aktivierendem Behandlungskonzept. Eine Patentlösung für diese Konflikte gibt es nicht. Spezielle Maßnahmen zur Motivierung, z. B. symbolische Anerkennungen für aktive und engagierte Teilnahme an der Rehabilitation (etwa Auszeichnungen oder "Diplome"), bedeuten hier keine prinzipiellen Lösungen. Generell gilt jedoch, daß das Therapiekonzept mit dem Patienten besprochen und daß Einverständnis darüber hergestellt werden muß. Der Patient muß aktiv in die Rehabilitationsplanung und in das Therapiekonzept einbezogen werden. Dazu dient das obligatorische Führen von Patiententagebüchern, Protokollen, die Selbstmessung von Blutdruck und Blutzucker sowie die aktive Beteiligung der Patienten in verschiedenen Formen von Seminaren und Gruppengesprächen.

Die Rehabilitationseinrichtung sorgt für Freizeitangebote und für ein entsprechendes therapeutisches Umfeld, um sinnvoll Freizeitbeschäftigungen zu fördern.

7. Dokumentation und Therapiekontrolle

Die Durchführung der Behandlung wird hauptsächlich durch die Visiten überwacht, deren Häufigkeit und Organisation sich aus dem Rehabilitationskonzept der Klinik ergibt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Stationsarzt im Bedarfsfall zu kontaktieren.

Verlauf und Ergebnisse der Behandlung (Diagnose und Therapien) werden in der Krankenakte festgehalten.

Die Klinik erstellt den Entlassungsbericht mit epikritischer Würdigung und sozialmedizinischer Beurteilung aufgrund der Befunde im Krankenblatt. Ein solcher Bericht enthält auch konkrete Vorschläge für den Fortgang der Rehabilitation.

8. Dauer der stationären Rehabilitation

Bei einer großen Anzahl von Patienten dieses Fachgebietes, bei denen es neben medizinischen Aspekten um Motivation, Schulung, Information und Training geht, ist die Regeldauer von 28 Tagen sicher sinnvoll. Da die angemessene Rehabilitationsdauer jedoch in Abhängigkeit von Schwere und Art der Erkrankung und dem Rehabilitationsverlauf andererseits auch in vielen Fällen davon abweichen muß, sollte eine flexiblere Handhabung möglich sein.

In einer Reihe von Fällen, vor allen Dingen bei Wiederholungsheilbehandlungen, wird man je nach vorliegendem Schwerpunkt ("Auffrischkurs", Nachschulung, Neumotivation) mit einer kürzeren Regel-Aufenthaltsdauer auskommen können (1 bis 3 Wochen).

Ferner ist eine frühe Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme, z. B. bei fehlender Rehabilitationsbedürftigkeit, sinnvoll.

9. Ausstattung

9.1 Personelle Anforderungen

Die hier beschriebene gastroenterologische Rehabilitationskonzeption setzt eindeutig auf Qualifizierung, ganz besonders im therapeutischen Bereich. Die umfangreichen therapeutischen Aufgaben bedingen eine intensive Arbeit mit den Rehabilitanden, die in Einzelgesprächen, Gruppenarbeit und Schulungen u. a. geleistet werden muß. Beachtet werden müssen auch die zeitraubenden diagnostischen Untersuchungen wie z. B. Röntgen, Endoskopie, Ultraschall und Doppler.

Der Anspruch eines umfassenden, ganzheitlichen Behandlungskonzeptes läßt sich nur bei optimaler Integration der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen verwirklichen. Die Informationen aus den unter

schiedlichen therapeutischen Bereichen fließen im Reha-Team zusammen. Hier müssen - bei einer der jeweiligen Kompetenz angemessenen Arbeitsteilung - unter ärztlicher Leitung Entscheidungen über die weitere Gestaltung der Rehabilitation und ggf. über eine Modifikation des Rehabilitationsplanes gefunden werden. Ferner hat das Reha-Team die Aufgabe der patientenbezogenen Supervision und Koordination der therapeutischen Arbeit. Das dargestellte Rehabilitationskonzept kann nur umgesetzt werden, wenn die nachfolgenden personellen Anforderungen erfüllt werden:

Die Besonderheiten der rehabilitationsmedizinischen Betreuung erfordern einen Schlüssel allein für Stationsärzte von mindestens 1 Arzt auf 20 Patienten.

Bezüglich Bemessung der Funktions-(Ober)ärzte und Oberärzte kann den bisherigen Empfehlungen gefolgt werden:

Ein Oberarzt für 4 x 20 Patienten; 1,5 Funktions-(Ober)arzt für 5 x 20 Patienten.

Ein besonderer Bedarf besteht für Klinische Psychologen oder Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Hier sollte eine Stelle für 50 Patienten vorgesehen werden.

Im Pflegebereich ist zu beachten, daß die Schwestern/Pfleger im vermehrten Umfang an rehabilitationsspezifischen und therapeutischen Programmen teilnehmen werden. Sie müssen zusammen mit Ärzten und Psychologen Schulungen und Gruppenarbeit gestalten, aber auch gelegentlich Einzelgespräche führen. Diese Aufgaben, die im akutmedizinischen Bereich für eine Pflegekraft nicht gegeben sind, sind in der Vergangenheit bei der Stellenbemessung nie berücksichtigt worden. In der Tat weisen auch die meisten Rehabilitationskliniken einen erheblichen Mangel an Schwestern auf. Es wird ein Schlüssel von mindestens 1 : 10 als notwendig erachtet. Darin sind nicht enthalten die

Schwestern in medizintechnischen Funktionen, im Nachtdienst und in der Pflegedienstleitung.

Die mit der Beurteilung der Leistungsfähigkeit, mit den berufsbezogenen Maßnahmen und mit der Nachsorge verknüpften sozialen Probleme bedingen für eine Rehabilitationsklinik ab 150 Betten einen eigenen Sozialarbeiter und zeitweise auch die Mitarbeit eines Reha-Fachberaters.

Der hohe Stellenwert der Diätetik bzw. der Ernährungstherapie erfordert die Mitarbeit von Diätassistent(inn)en. Für Diabetiker, die eine besonders intensive diätetische Unterweisung benötigen, wird ein(e) Diätassistent(in) pro 20 Patienten gefordert. Für die weiteren gastroenterologisch/metabolischen Krankheitsbilder wird ein Schlüssel von 1 : 70 als ausreichend erachtet.

Aus ärztlicher Sicht hat der Einsatz balneologischer Methoden für das Indikationsgebiet Gastroenterologie/Stoffwechsel nicht mehr die ihr früher zukommende Bedeutung. 1 Bademeister/Masseur bei 50 Patienten erscheint vertretbar.

Wichtiger ist dagegen die Verordnung aktiver Bewegungstherapie. Deshalb muß der gleiche Schlüssel (1 : 50) für Bewegungstherapeuten (alternativ Krankengymnasten) angewendet werden.

9.2 Räumlich-technische Ausstattung

Die durch den rehabilitativen Auftrag bedingten besonderen Aufgabenbereiche sind: Bewegungstherapie, balneophysikalische Therapie, psychologische Betreuung, Beschäftigungstherapie, Diätberatung, Stomatherapie, Gesundheitstraining. Entsprechende Räumlichkeiten und Ausstattungen sind vorzuhalten.

Um das Rehabilitationskonzept umzusetzen, ist insbesondere auf eine hohe Qualität von Räumen für Schulungs- und Gruppenmaßnahmen zu achten.

10. Schnittstellen

10.1 Nachsorge

Die längerfristigen Ergebnisse der stationären Rehabilitationsbehandlung hängen entscheidend ab von der Frage, inwieweit eine nahtlose und konsequente Nachsorge im ambulanten Bereich erfolgt. Eine systematische Nachsorge existiert bislang kaum.

Neben den niedergelassenen Ärzten, die im wesentlichen die medizinische Betreuung weiterführen, gibt es regional unterschiedliche Möglichkeiten, die Patienten in die Weiterbetreuung von psychosozialen Beratungsstellen, von Selbsthilfegruppen u. a. zu vermitteln. Erfahrungsgemäß bestehen hier große Defizite.

10.2 Kooperation mit nachbehandelnden Ärzten und Betriebsärzten

Eine enge Kooperation ist stets mit dem Hausarzt anzustreben. Sie erfolgt vielfach telefonisch, um zum Beispiel Therapie-Umstellungen bei seinem zu rehabilitierenden Patienten gemeinsam zu erörtern. Darüberhinaus erhält der Hausarzt einen ausführlichen ärztlichen Bericht mit Therapievorschlägen für die Zukunft (Vergleiche hierzu und zur anzustrebenden Kooperation mit dem Betriebsarzt und anderen nachsorgenden Stellen das allgemeine Rahmenkonzept der Rehabilitation, Teil A).

Teil II: Spezielle Rehabilitationskonzepte

II.1 Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Lebererkrankungen, speziell bei alkoholbedingten Leberschäden und chronisch-infektiösen Leberentzündungen

Bei der medizinischen Rehabilitation chronisch Leberkranker können nur im begrenzten Umfang rehabilitationsspezifische Verfahren aufgezeigt werden. Eine rehabilitationsspezifische Diagnostik, welche die durch Lebererkrankung bedingte Behinderung erfassen soll, muß erst noch entwickelt werden. Bisher wird die Behinderung in diesen Fällen durch den Untersucher eher intuitiv eingeschätzt. Er geht dabei von einer soliden krankheitsspezifischen Befundung und seiner sozialmedizinischen Erfahrung aus (vgl. hierzu auch Teil III, Abschnitt 5.1.1).

1. Diagnostik

1.1 Diagnostik vor der Rehabilitation

In der Regel wurden die Patienten durch den Hausarzt (im Rahmen des Hausarztverfahrens bei der LVA Württemberg), das vorbehandelnde Krankenhaus oder den Gutachter bezüglich des Leberleidens vordiagnostiziert. Jedoch sind in schätzungsweise 50 % der Fälle die Voruntersuchungen unzureichend, so daß weitere Zusatzuntersuchungen nötig werden. Die auswärts erhobenen Befunde müssen in etwa einem Drittel der Fälle von den Klinikärzten angefordert werden. Befunde zur hepatischen Enzephalopathie (psychometrische Testergebnisse) fehlen regelmäßig.

Eine rehabilitationsspezifische Diagnostik, die eine krankheitsbedingte Behinderung erfassen sollte, findet außerhalb der Rehabilitationsklinik nicht statt. Vielfach fehlt eine histologische Untersuchung der Leber, da sie in der Regel nicht unter ambulanten Bedingungen vorgenommen wird.

Im Fall einer stationären Vordiagnostik (AHB) sind die Befunde meist ausreichend.

1.2 Diagnostik während der Rehabilitation

Eine rehabilitationsmedizinische Diagnostik (Messung der krankheitsbedingten Behinderung) für Leberkranke muß noch weiterentwickelt werden, um dem Rehabilitationsauftrag der Rentenversicherung gerecht werden zu können. Die in der Kurativmedizin übliche Schweregradbestimmung der Lebererkrankungen ist hierfür zu erweitern.

Bei Patienten mit Leberleiden spielen psychosoziale Faktoren insbesondere Alkohohlmißbrauch oft eine bedeutsame Rolle für Entstehung und Verlauf der Erkrankung. Die Möglichkeiten der Psychodiagnostik und einer darauf aufbauenden, kompetenten fachlichen Beratung oder Psychotherapie in den Reha-Kliniken sind derzeit jedoch unzureichend. Die regelmäßige Einbeziehung von Psychologen, oder gar Psychotherapeuten in die Diagnostik, erscheint deshalb sinnvoll.

2. Therapie

Jedes rehabilitationsmedizinische Therapiekonzept muß auf die Besonderheiten des chronischen Krankseins eingehen und kann sich nicht auf die alleinige medikamentöse Behandlung beschränken. Besonders wenn psychosoziale Faktoren und/oder Alkoholmißbrauch oder gar -abhängigkeit für die Entstehung und den Verlauf der chronischen Krankheit eine Rolle spielen oder wenn eine bleibende Behinderung

vorliegt, muß die Behandlung auf mehreren Ebenen ansetzen. Daher ist Rehabilitation stets eine Aufgabe, die ein multidisziplinäres Team erfordert.

2.1 Therapieziel und Therapieplan

Die Therapieziele werden auf der Grundlage der vorliegenden und in der Klinik erhobenen diagnostischen Befunde vom Stationsarzt in Absprache mit den Patienten festgelegt.

Der Therapieplan wird ebenfalls vom Assistenzarzt für jeden Patienten individuell, häufig nach Rücksprache mit dem Psychologen, und in Abstimmung mit dem Rehabilitanden möglichst am Anfang der Heilbehandlung festgelegt.

2.2 Therapiemaßnahmen

2.2.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne

Zunächst muß - falls möglich - eine kausale Therapie angestrebt werden (was einer Abheilung der chronischen Krankheit gleichkommt). Hierbei stehen die Ausschaltung hepatotoxischer Noxen (incl. Alkohol) oder medikamentöse Behandlungen zur Viruselimination (Interferon) im Vordergrund. Auch eine Indikationsstellung zur Lebertransplantation wird zunehmend relevant.

2.2.2 Komplikationsbehandlung bei portaler Hypertension

Die Fortführung einer symptomatischen Therapiemaßnahme nach akuter Ösophagusvarizenblutung kann als Sklerosierungsbehandlung in der Reha-Klinik parallel zu weiteren Maßnahmen sinnvoll sein.

2.2.3 Rehabilitationsspezifische Therapieaufgaben

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt - in Ergänzung zu kausalen Therapieansätzen - auf den rehabilitationsspezifischen Therapieaufgaben:

- 1) Unterstützung von Kompensations- und Adaptationsleistungen (Fähigkeiten) im Fall einer Behinderung, z. B. diätetische Maßnahmen bei fortgeschrittenem Leberleiden, vorsichtig dosiertes körperliches Aufbautraining, Regulierung der Verdauungsleistung.
- 2) Verhaltensänderung durch Information, Motivation und Einübung neuer Verhaltensmuster; insbesondere häufig die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Alkoholkonsum und die Einleitung von Veränderungsschritten.
- 3) Vorbereitung der Nachsorge: Vermittlung an Gruppen (Selbsthilfegruppen), um der sozialen Isolation entgegenzuwirken oder auch um neu erlernte Verhaltensmuster in der Gemeinschaft zu festigen.
- 4) Veranlassung einer innerbetrieblichen Umsetzung oder beruflichen Schulung im Fall der Leistungseinschränkung.

Soziale Beratung und Reha-Fachberatung

Regelmäßig sollte die Möglichkeit zur Beratung durch Rehabilitationssachberater bestehen. In den Beratungen geht es häufig um die Frage einer innerbetrieblichen Umsetzung, evtl. Umschulung oder Rentenfragen. Der Stationsarzt und ggf. auch ein sozial- und arbeitsmedizinischer geschulter Arzt sollten in die Beratungen einbezogen sein. Notwendig erscheint die Anstellung eines Sozialarbeiters oder -pädagogen, der für Fragen der beruflichen Rehabilitation

spezielle Kompetenzen erworben hat, für längere Beratungen zur Verfügung steht und darüberhinaus auch in sozialrechtlichen Fragen beraten kann.

Angehörigenarbeit

Häufig können Angehörigengespräche sinnvoll sein, insbesondere bei sozialen Belastungen oder wenn zum Zwecke der langfristigen Anpassung an die Behinderung Veränderungen im häuslichen Umfeld erforderlich sind (z. B. Ernährung). Sie setzen das Einverständnis des Rehabilitanden voraus und können individuell vereinbart oder in Seminarform für mehrere Angehörige - etwa an Wochenenden - stattfinden.

3. Durchführung der Rehabilitation

3.1 Behandlungsdauer

Während bisher eine durchschnittliche Behandlungsdauer von vier Wochen üblich war, erscheint eine flexiblere Handhabung sinnvoll, ebenso kurzdauernde Wiederholungsheilbehandlungen für bestimmte Fälle.

4. Zuweisung

Für die Rehabilitation von Patienten mit alkoholischen Leberschäden ist eine frühzeitige Einweisung sinnvoll. Ein höherer Prozentsatz kommt zu spät. Ein weiterer zu hoher Prozentsatz rehabilitationsbedürftiger Patienten wird der Rehabilitationsklinik nicht zugeführt.

Voraussetzung einer verbesserten Einweisung ist zunächst und in erster Linie die Information und Aufklärung des Hausarztes über

Ziele und Möglichkeiten der Rehabilitation. Im Anschluß daran könnte durch ihn eine zielgerichtete Einweisung erfolgen, wobei die Direkteinweisung (durch den Hausarzt) bevorzugt werden sollte. Nach den bisherigen Erfahrungen hat sich das Gutachterverfahren als umständlich und zeitraubend erwiesen.

5. Nachsorge

Die Nachsorge-Maßnahmen werden noch zum Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik vom zuständigen Arzt, unter Umständen auch dem Psychologen geplant. Bei dieser Indikationsgruppe ist häufig die Teilnahme an Selbsthilfegruppen (insbesondere den Anonymen Alkoholikern) und/oder generell eine weitergehende psychosoziale Betreuung von Bedeutung.

Sie haben für den langjährigen Erfolg der Reha-Maßnahmen einen besonderen Stellenwert, weshalb ihnen im Rehabilitations-Gesamtkonzept ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Die Motivation des einzelnen Patienten zur Nachsorge ist zum einen abhängig vom Leidensdruck durch die vorliegende Krankheit bzw. Behinderung, zum anderen vom Erfolg der stationären Rehabilitation. Auf die Verbesserung der Motivation ist deshalb besonderer Nachdruck zu legen.

II.2 Rehabilitation bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

1. Diagnostik

1.1 Diagnostik vor der Rehabilitation

Vordiagnostik mit Informationen über die nosologische Einordnung des Krankheitsbildes, das Befallsmuster im Magen-Darm-Trakt und frühere Operationen liegt nicht immer vollständig vor. Notwendig sind hierzu endoskopische Befunde (Oesophago-gastroduodenoskopie, Ileokoloskopie, Sigmoido- oder Proktoskopie), Röntgenbefunde (MDP, Enteroklysmata nach Sellink, Kolon-doppelkontrast, evtl. Fisteldarstellungen), Operationsberichte, hämatologische, serologische und mikrobiologische Laborbefunde, Schnittbildbefunde wie abdominelle Sonographie oder CT, Histologiebefunde. Die zeitliche Zuordnung der morphologischen und Blutbefunde zum klinischen Verlauf, zum Beschwerdebild, zur medikamentösen oder operativen Behandlung und vor allem zum sozialmedizinischen Verlauf ist in der Regel von besonderer Bedeutung.

Benötigt werden diagnostische Befunde:

- 1) des Organschadens im Hinblick auf Krankheitsentität, Befallsmuster, entzündliche Aktivität, irreversible Folgen am Gastrointestinaltrakt, mit Auswirkungen auf die sekretorische, resorptive und motile Funktion,
- 2) der krankheitsbedingten Organkomplikationen (Stenosen, Fisteln, Stuhlinkontinenz) und extraintestinalen Manifestationen (an Gelenken, Augen, Haut; Gallen-, Nierensteine, sklerosierende Cholangitis),

- 3) der psychischen Situation (Streß, Ängste) und insbesondere der psychischen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. Abhängigkeiten, Isolierung, Ängste, Depression, Schmerz- und Suchtmittelabusus),
- 4) der Compliance und Folgen einer Langzeitmedikation (Arzt-Patient-Compliance, Hyperkortizismus, Fertilitätsprobleme, Bereitschaft zur regelhaften parenteralen Vitaminsubstitution),
- 5) der Folgen operativer Eingriffe (Anus praeter, passager oder endgültig?, Blindsack- oder Kurzdarmsyndrom?, Fistel, Analinkontinenz?),
- 6) des körperlichen Leistungsvermögens und der psychischen und zeitlichen Belastbarkeit (Krankheitsschübe und deren evtl. Ursachen, Längsschnitt des Krankheitsverlaufes),
- 7) der sozialen Auswirkungen der Erkrankung und der Therapie (beruflich und privat).

Diese Befunde müssen so aktuell sein, daß sie das augenblickliche Beschwerdebild und Leistungsvermögen erklären und daß auf ihrer Basis eine Projektion für die weitere Behandlung, Krankheitsentwicklung und sozialmedizinische Beratung möglich ist.

1.2 Diagnostik während der Rehabilitation

Die Diagnostik in der Reha-Einrichtung muß die o. g. Vorbefunde sichten, bewerten und in vielen Fällen ergänzen.

1.2.1 Diagnostik des Organschadens

durch

- ausführliche Anamnese, klinische körperliche Befunde, Endoskopie (Oesophagogastroduodenoskopie, Ileokoloskopie, evtl. ERCP),
- bildgebende Verfahren (Röntgen des oberen und unteren Verdauungstraktes, perkutaner Fisteln, abdominelle Sonographie, CT),
- Funktionstests (insbesondere H₂-Atemtest zur Dünndarmpassagezeit, Ermittlung eines Disaccharidasemangels oder einer bakteriellen Fehlbesiedlung),
- klinisches Labor (BSG, Blutbild, Eisen, CRP, Vitamin B₁₂-Spiegel u. a.),
- evtl. nuklearmedizinische Maßnahmen (z. B. Schillingtest),
- evtl. Rektummanometrie.

1.2.2 Diagnostik der krankheitsbedingten Organkomplikationen

durch

- die Verfahren unter 1.2.1,
- augenärztliche Untersuchung,
- dermatologische Konsultation.

1.2.3 Psychodiagnostik

mittels

- eingehender biographischer Anamnese (tiefenpsychologisch) oder ausführlicher Problemanalyse (verhaltenstherapeutisch),
- Psychodiagnostik, evtl. unterstützt durch objektivierende Verfahren wie Depressionsskalen,
- Gruppengespräch,
- evtl. Angehörigengespräch.

1.2.4 Korrelation des Krankheitsverlaufs zur durchgeführten medikamentösen Therapie

durch

- ausführliche Anamnese,
- Auswertung von Vorberichten,
- endokrine und osteologische Diagnostik.

1.2.5 Diagnostik der Operationsfolgen

durch

- die Maßnahmen nach 1.2.1,
- Stomafachberatung,
- ausführliche Ernährungsanamnese (Diätassistentin) mit nachfolgenden Therapieversuchen "ex juvantibus".

1.2.6 Diagnostik des Leistungsvermögens

durch

- Ergometrie,
- Beobachtung von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit in der Sporttherapie,
- Beschäftigungstherapie,
- diesbezügliche Anamnese (Schmerzskala, Bedeutung des Untergewichts, ggf. eines Anus praeter, Berufsbehinderung durch Schmerzmittel).

1.2.7 Erhebung zum sozialen und beruflichen Werdegang

durch

- Befragung,
- Informationen aus Seminar- und Gruppenarbeit,
- arbeitsmedizinische Bewertungen.

2. Therapie

2.1 Therapieziele und Therapieplan

Allgemeine Ziele der Therapie sind die Besserung der Erkrankung bzw. der Leistungsfähigkeit und die Erhaltung der Berufstätigkeit bzw. die berufliche Wiedereingliederung des Erkrankten.

Für die Rehabilitation bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis wichtig, daß durch eine günstige psychische und soziale Bewältigung der Erkrankung deren Verlauf selbst positiv beeinflusst werden kann.

Je nach vorrangiger Behinderung und den Ergebnissen der Diagnostik wird in den ersten Tagen des stationären Aufenthaltes ein individueller Therapieplan zwischen Patient und Arzt abgestimmt, hieran werden je nach Schwerpunkt die verschiedenen Ko-Therapeuten (Krankenschwester bzw. -pfleger, Stomatherapeut, Psychologe, Bewegungstherapeut, Diätassistentin) beteiligt.

2.2 Therapiemaßnahmen

- 1) Medikamentöse Therapie der Krankheitsaktivität und Funktionsbeeinträchtigungen (Entzündungshemmung, Gallensäureabsorption, Vitaminsubstitution, evtl. Lokalbehandlung von Komplikationen).
- 2) Gezielte Ernährungstherapie bei Störungen der Passagezeit oder Störung der resorptiven Organfunktionen mit Kontrolle der Effektivität.
- 3) Stomatherapie, ggf. Trainingsbehandlung bei Stuhlinkontinenz mittels Biofeedback, Spezialbehandlungen bestimmter Komplikationen (z. B. an Augen oder Haut).
- 4) Psychologische Beratung und Psychotherapie: Streßbewältigungstraining, Desensibilisierungsbehandlung bei Ängsten, Schmerzmittelentwöhnung, Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Entspannungstraining.
- 5) Krankheitsbezogene Schulung zur eigenen Früherkennung von Komplikationen, zur Verbesserung der Compliance für medikamentöse Langzeitmedikation, zur Bewältigung von krankheitsbezogenen Ängsten (Krebsangst) und Resignation.

- 6) Stabilisierung und Verbesserung des Leistungsvermögens durch Sporttherapie, Beschäftigungstherapie, Streßtraining.
- 7) Berufs- und Sozialberatung.
- 8) Vermittlung von Kontaktadressen zur psychosozialen Beratung und Unterstützung am Wohnort (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen) und Motivierung zur Inanspruchnahme von Nachsorge.

3. Nachsorge und weitere sozialmedizinische Betreuung

Die Fortschreibung des Rehabilitationsplanes sollte durch geplante nachsorgende Befunderhebungen am Heimatort (z. B. durch den Hausarzt, Gastroenterologen, Psychotherapeuten, Betriebsarzt oder Sozialarbeiter) weiterverfolgt werden. Aus einer solchen Verlaufsbeobachtung können sich zusätzliche Rückschlüsse auf die krankheitsbedingte Behinderung des Patienten ergeben und weitere gezielte Rehabilitationsmaßnahmen veranlaßt werden.

II.3 Rehabilitation bei exkretorischer Pankreasinsuffizienz

1. Diagnostik

1.1 Diagnostik vor der Rehabilitation

In der Akutklinik werden in der Regel akute Erkrankungen oder akute Schübe einer chronischen Erkrankung behandelt. Es bleibt meist offen, ob es sich um eine akute Pankreatitis oder um den Schub einer chronischen Pankreatitis handelt. Dementsprechend werden meist nur erhöhte pankreastypische Enzymparameter in Serum und Urin gemessen. Diese Befunde dienen der Feststellung, wie akut das Krankheitsgeschehen ist, sagen allerdings nichts über eine evtl. vorliegende chronische Beeinträchtigung der Organfunktion oder den Verlauf der Erkrankung aus. Gelegentlich werden die Ergebnisse indirekter Pankreasfunktions-tests mitgeteilt, meist ohne zusätzlich morphologische Veränderungen mittels ERCP, CT oder Kernspin-Tomographie erfaßt zu haben.

Eine abdominale Sonographie ist praktisch immer durchgeführt worden. Allerdings ist das Ergebnis erheblich von der Erfahrung des Untersuchers abhängig. Dazu kommt, daß sich sonographische Veränderungen und funktionelle Beeinträchtigung des Organs nur schwer zueinander in Beziehung setzen lassen. Eine weitergehende, verfeinerte Diagnostik, einschließlich direkter Sondentests, wie des Sekretin-Cerulein-Tests, ist meist nicht erfolgt. Ebenso fehlen in der Regel Angaben über die psychosoziale Situation und die "Alkoholgenese" als häufigste Ursache eine Pankreasinsuffizienz.

Für eine "quantitative" Beurteilung des Grades der Beeinträchtigung der Patienten durch die Erkrankung sind Mitteilungen über folgende Parameter notwendig (die von den Akutkliniken oft nicht beurteilt oder mitgeteilt werden):

- Pankreatitisschübe: Verlaufsbeobachtungen, welche die Anzahl und Schwere von entzündlichen Schüben der Erkrankung betreffen,
- Schmerzepisoden: Ausmaß, Intensität und Charakter von Schmerzepisoden im Zusammenhang mit Erkrankungsschüben,
- Körpergewicht: langfristige Veränderungen des Körpergewichts des Patienten, vor allem in Abhängigkeit von der Art der Schmerzepisoden und dem Alkoholkonsum,
- Komplikationen: während Komplikationen aus der Akutphase der Erkrankung (Zysten, Strikturen des Ductus Wirsungianus, Pankreaskonkremente, Einengungen des Ductus choledochus) mitgeteilt werden, fehlen praktisch immer Angaben über den Verlauf, den diese Komplikationen genommen haben,
- Arbeitsfähigkeit: Angaben über krankheitsbedingte Arbeitsausfälle bzw. den Grund einer möglichen Beeinträchtigung für bestimmte Tätigkeiten,
- Sozialmedizinisch relevante Informationen: Angaben über Ausfallzeiten bei der Arbeit, notwendige Umschulungsmaßnahmen, Berufswechsel usw,
- Multimorbidität: Da oft eine Multimorbidität bei diesen Patienten vorliegt, werden Angaben über zusätzliche Behinderungen bzw. Erkrankungen wichtig, um eine Gesamtbeurteilung zu ermöglichen.

1.2 Diagnostik während der Rehabilitation

1.2.1 Diagnostik des Organschadens

Der zunächst notwendigen Überprüfung der Diagnose und ihrer differentialdiagnostischen Abgrenzung dient eine ausführliche Anamnese, einschließlich eines Überblicks über den bisherigen Krankheitsverlauf und einer sozialmedizinischen Anamnese (Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit).

Die Klassifizierung und möglichst quantitative Beurteilung des Grades der chronischen Pankreatitis und der daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigung erfolgt mittels:

- indirekter Funktionstests,
- radioimmunologischer Labordiagnostik,
- CT, ERCP, ggf. Kernspin-Tomographie.

Hierzu ist die Kooperation mit anderen Institutionen erforderlich.

Um eine umfassende rehabilitative Diagnose erstellen zu können, muß die Rehabilitationseinrichtung das gesamte Spektrum gastroenterologischer, laborchemischer und endoskopischer Methoden vorhalten.

1.2.2 Diagnostik eingeschränkter Organfunktionen und der daraus resultierenden Behinderungen

Neben der Beurteilung der unmittelbaren Einschränkung der Pankreasfunktion müssen die hierdurch hervorgerufenen sekundären Erscheinungen genau erfaßt werden (eigentliche rehabilitationsspezifische Diagnostik):

- Gewichtsabnahme,

- chronische Schmerzzustände,
- diabetische Stoffwechsellage,
- indirekte postoperative Folgen (Probleme nach Magen- bzw. Pankreas-Operation),
- Suchtproblematik,
- Multimorbidität.

Es muß geprüft werden, ob ein Untergewicht durch mangelnde Nahrungszufuhr (Malnutrition) oder durch mangelnde Nahrungsausnutzung (Malassimilation) hervorgerufen wird. Dazu ist eine qualifizierte Ernährungsanamnese (Diätassistentin) nötig.

Es muß erarbeitet werden, ob eine primäre alkoholinduzierte Suchtproblematik vorliegt, oder ob es sich um eine sekundäre schmerzmittelinduzierte Sucht handelt (durch Psychologen/Psychiater oder Sozialarbeiter).

1.2.3 Psychologisch/psychosoziale Diagnostik

Da Alkoholmißbrauch (nicht selten auch Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten Ursachen einer chronisch rezidivierende Pankreation gehört, ist diesem Bereich besonder Aufmerksamkeit zu widmen.

Diese Art der Diagnostik soll dazu dienen,

- inadäquates Eß- oder Trinkverhalten aufzudecken,
- die Schmerzverarbeitung und
- primäres oder sekundäres Suchtverhalten zu beurteilen.

Hier erscheint auch eine ausführliche Erfassung des sozialen Umfeldes des Patienten notwendig, um mögliche Ursachen und Folgen der Erkrankung des Patienten zu erfassen.

1.2.4 Sozialmedizinische Beurteilung

Die verschiedenen diagnostischen Schritte sollen letztlich dazu dienen, aus einer Synopse der ermittelten Befunde eine qualifizierte sozialmedizinische Beurteilung zu erreichen.

Hierzu müssen nicht nur apparativ, sondern auch personell (ggf. einschließlich Konsiliarärzte) alle modernen medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden können.

Selbst bei optimaler Ausnutzung der vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten ist das nur unter Vorbehalt möglich. Dies ist darin begründet, daß bisher allgemein akzeptierte Kriterien zur Beurteilung wichtiger Aspekte der Erkrankung fehlen (Schmerzskala, Bedeutung des Untergewichts, Graduierung des Ausfalls der Organfunktion, Berufsbehinderung durch Sucht), um den Grad der Behinderung durch die Erkrankung im sozialmedizinischen Sinne sicher einschätzen zu können.

2. Therapie

2.1 Therapieziele und Therapieplan

Allgemeine Ziele der Therapie sind die Besserung der Erkrankung bzw. der Leistungsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung des Rehabilitanden.

Ein wichtiges Ziel stellt daneben die qualifizierte sozialmedizinische Beurteilung dar, die über die akutmedizinische Behandlung hinausgreift.

Rehabilitationsspezifische, individuelle langfristige Therapieziele richten sich nach der vorrangigen Behinderung und den Ergebnissen der Diagnostik: Sie können in der Schmerzbekämpfung, der Erreichung

eines bestimmten Körpergewichts oder auch der adäquaten Behandlung von Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit liegen (vgl. auch Teil III, Kap. 5.1.1).

Je nach vorrangiger Behinderung wird in den ersten Tagen des stationären Aufenthalts ein individueller Therapieplan zwischen Patient und Arzt abgestimmt.

2.2 Therapiemaßnahmen

Die rein medizinische Therapie besteht in der Verordnung von Medikamenten (Enzym-Präparate, Analgetika, Insulin) und in der Verordnung einer Diät.

Ggf. ist zur funktionellen Anpassung eine gezielte Diätberatung (z. B. Diabetes-Schulungsprogramm) mit Kontrolle der Effektivität notwendig.

Berufsfördernde Maßnahmen können durch den Sozialdienst eingeleitet werden.

Der Bewegungs- und Physiotherapie kommt nur ein flankierender, roborierender Stellenwert zu. Lediglich bei Multimorbidität bedarf es im Einzelfall einer gezielten Bewegungs- oder Physiotherapie (z. B. nach Operationen, bei Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Gefäßkrankheiten).

Die Gesundheitsbildung dient vorwiegend der Information und der Motivation zur Veränderung krankheitsfördernder Verhaltensweisen.

Darüberhinaus werden gezielt Gruppenvorträge und Diskussionsrunden angeboten, die dem Verständnis der Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse einschließlich des Diabetes mellitus und der Raucherentwöhnung gewidmet sind.

Da Organschäden des Pankreas in aller Regel alkoholbedingt sind, muß in diesen Fällen eine gezielte Anamnese und Problemlösung erfolgen. Bei Suchtverhalten und Alkoholmißbrauch erfolgt eine gezielte Motivationsarbeit in Form von Einzelberatungen durch den psychotherapeutisch geschulten Psychologen.

Da eine diätische Therapie der Pankreasinsuffizienz nicht gesichert ist, richtet sich eine diätetische Beratung durch die Diätassistentin bzw. Ökotrophologin auf eine pankreasadaptierte Diät und auf die Bewältigung von Ernährungsproblemen im Rahmen von Zuständen nach operativen Interventionen (Magenresektion usw.).

3. Durchführung der Rehabilitation

3.1 Behandlungsdauer

Die übliche Behandlungsdauer beträgt 28 Tage. Eine Verlängerung auf 6 und ggf. 8 Wochen ist bei etwa 10 bis 25 % der Patienten indiziert, z. B. wenn weitere Gewichtszunahme notwendig ist und die postoperative Anpassung schwierig oder langwierig verläuft.

3.2 Multimorbidität

Bei etwa der Hälfte der Patienten liegen zusätzliche Erkrankungen vor allem im Magen-Darm-Bereich vor, wie Zustände nach Magenoperation, Ulkuskrankheit, Erkrankungen von Leber und Gallenwegen. Aus diesem Grund sind weitgefächerte diagnostische und therapeutische Angebote der Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

3.3 Zuweisung

Bei unzureichender vorangegangener Diagnostik kommt es gelegentlich noch zu Fehleinweisungen. Dies betrifft z. B. Alkoholsucht, die vorrangig eine Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung notwendig macht. Infrage kommen auch andere Ursachen für Untergewicht und epigastrische Schmerzen als eine exokrine Pankreasinsuffizienz.

Nach Resektionen der Bauchspeicheldrüse ist im Sinne der Rehabilitation häufig in unterschiedlichem Ausmaß eine funktionelle Anpassung auf der Grundlage einer qualifizierten Funktionsdiagnostik notwendig. Sie muß unter alltagsnahen Bedingungen bei angepaßter Belastung und verlaufsbezogen durchgeführt werden. Dabei muß die Adaption der Ernährung und ggf. eine Substitutionstherapie (Pankreasfermente, Insulin) evaluiert werden. Deshalb ist nach Pankreas-Operationen eine frühzeitige Einweisung als AHB, aber auch nach mehrfach durchgemachter akuter Pankreatitis sinnvoll.

II.4 Reha-Maßnahmen bei funktionellen Syndromen in der Gastroenterologie

1. Einleitung

Der Anteil von Patienten mit funktionellen Störungen des Verdauungstraktes liegt im unselektierten, gastroenterologischen Patientengut in der Größenordnung von 50 %.

Unter funktionellen Syndromen sind Störungen von Funktionsabläufen zu verstehen, denen zwar kein Organschaden zugrunde liegt, die für den Patienten aber eine behandlungsbedürftige Befindlichkeitsstörung darstellen.

Funktionelle Syndrome in der Gastroenterologie sind psychovegetativen Störungen mit Manifestation im Gastrointestinaltrakt gleichzusetzen.

Die Bedeutung funktioneller Syndrome für die Erwerbsfähigkeit ist mangels repräsentativer wissenschaftlicher Untersuchungen derzeit noch unklar. Bekannt ist, daß die Prognose unter Anwendung herkömmlicher hausärztlicher Therapieprinzipien insofern eher ungünstig ist als der chronisch rezidivierende Verlauf für diese Erkrankung typisch ist. Wenn auch die Lebenserwartung dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt zu sein scheint, ist das Leidensgefühl des Betroffenen beträchtlich, Arbeitsunfähigkeitszeiten sind hoch und, bei entsprechend pathologischer Krankheitsverarbeitung, ist der Einstieg in eine Operationskarriere mit dann erheblicher Relevanz für Gesundheit und Leistungsvermögen des Betroffenen zu befürchten. Ebenfalls häufig sind unbegründet vermehrter Medikamentenkonsum, sozialer Rückzug, starke Selbstbeobachtung und Klagsamkeit festzustellen. Dies läßt sich unter dem Begriff "chronisches Krankheitsverhalten" zusammenfassen (Sturm & Zielke 1988).

Funktionelle Syndrome sind im weiteren Sinne als psychosomatische Erkrankungen anzusehen, die in Diagnostik und Therapie sowohl gastroenterologische als auch psychotherapeutische Fachkompetenz benötigen.

2. Diagnostik

Die Rehabilitation bei funktionellen Syndromen wird immer von einer möglichst präzisen, umfassenden Diagnostik ausgehen müssen, wobei neben subtiler Organdiagnostik mittels spezifischer gastroenterologischer Untersuchungsmethoden die psychische Diagnostik eine ebenso große Bedeutung haben sollte.

Auch wenn zum Ausmaß anzuwendender diagnostischer Methoden innerhalb der Fachgesellschaften noch eine Kontroverse besteht, sollte immer eine schwerwiegende Organerkrankung ausgeschlossen werden. Immerhin verbirgt sich in etwa 2 % der Fälle hinter der Diagnose "Funktionelles Syndrom" eine nicht erkannte gravierende Organerkrankung.

2.1 Diagnostik vor Aufnahme in die Reha-Einrichtung

Die Vordiagnostik bei Patienten mit funktionellen Oberbauchbeschwerden ist sehr uneinheitlich. Gelegentlich findet sich eine Überdiagnostik, dann jedoch ausschließlich als Organdiagnostik und nicht als psychische Diagnostik. Andererseits besteht nahezu ebenso oft eine nicht ausreichende Vordiagnostik oder einseitige Mehrfachdiagnostik. Dies liegt einerseits am Fehlen verbindlicher Diagnostikempfehlungen, andererseits aber auch am Patientenverhalten selbst. Häufig besteht beim Patienten eine Neigung zum vermehrten Arztwechsel, bis hin zum gelegentlich beobachtbaren "Koryphäenkillerverhalten", so daß für den behandelnden Arzt keine

kontinuierliche Beobachtung und somit keine folgerichtige, schrittweise Diagnostik möglich war.

2.2 Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung

Die Diagnose funktioneller Syndrome ist sowohl eine somatische Ausschlußdiagnose als auch eine psychotherapeutische, positive Diagnosestellung.

Im einzelnen sollte als diagnostisches Instrumentarium das breite Spektrum gastroenterologischer Spezialuntersuchungen vorgehalten werden, einschließlich Endoskopie, ERCP, gastroenterologische Röntgendiagnostik, abdominelle Sonographie, Funktionstest, Laparoskopie, H₂-Atemtest, etc.

Die psychische Diagnostik wird je nach Kliniktyp und therapeutischer Ausrichtung (soweit eine psychotherapeutische Qualifikation überhaupt vorliegt) unterschiedliche Explorations- und Testverfahren zur Anwendung kommen lassen. Die biographische explorative bzw. tiefenpsychologische Anamnese oder eine systematische, verhaltenstherapeutische Problemanalyse haben neben psychometrischen Testverfahren eine hervorragende Bedeutung, sind aber auch sehr zeitaufwendig.

Zur Erreichung der o. g. Ziele ist es notwendig, daß die Rehabilitationseinrichtung nicht nur über das gesamte Spektrum gastroenterologischer, laborchemischer und endoskopischer Diagnoseverfahren verfügt, sondern auch über psychotherapeutisch weitergebildete Psychologen, die in der Lage sind, das Krankheitsbild im psychosozialen Kontext mit den vorhandenen diagnostischen Kriterien der Psychotherapie wissenschaftlich korrekt einzuordnen.

2.2.2 Diagnostik eingeschränkter Organfunktionen und daraus resultierenden Behinderungen

Funktionelle Syndrome können mit subtiler Diagnostik oft auf Funktionsstörungen bestimmter Organsysteme zurückgeführt werden. In den meisten Fällen wird es sich um somatische Folgeerscheinungen psychischer Ursachen bei gleichzeitig gegebener körperlicher Disposition handeln. Eine Quantifizierung der Behinderung ist derzeit schwer möglich und dürfte auch weiterhin eher intuitiv erfolgen.

2.2.3 Psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik

Sie kann psychogene Ursachen erkennbar machen, eine Desomatierung bewirken und Weichen stellen für eine am Heimatort fortzuführende bzw. zu beginnende Psychotherapie. Eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens bei einer derartigen Vorgehensweise ist oft die Folge und schafft die Notwendigkeit, auch innerhalb der Klinik ein fokalthérapeutisches Vorgehen zuzulassen. Entsprechend sollte das diagnostisch/therapeutische "Setting" der Klinik darauf ausgerichtet sein, ebenso müsste die Aufenthaltsdauer flexibel gestaltet werden können.

2.2.4 Integration und Interpretation der Diagnostik

Diese Aufgabe obliegt einem entsprechend qualifizierten Arzt, wobei die naturgemäß schwierigen Fragen der Gewichtung organopathologischer Befunde, von Symptomatik und psychogener Mitbeteiligung am ehesten im Rahmen von Teambesprechungen behandelt werden sollte. Die regelmäßige Visite am Krankenbett ist bei diesem Krankheitsbild nicht ausreichend.

2.2.5 Organisationsformen

Das notwendige persönliche Eingehen auf Rehabilitanden mit funktionellen Oberbauchbeschwerden erfordert weniger eine hierarchisch strukturierte Krankenhausorganisation, als vielmehr eine multidisziplinäre, kooperative Teamarbeit. Diese Art der Vorgehensweise ist zeit- und personalaufwendig. Neben qualifizierten Mitarbeitern sind auch entsprechende räumliche Voraussetzungen erforderlich. Qualifizierte, externe Teamsupervision ist Bedingung.

2.2.6 Probleme der sozialmedizinischen Beurteilung

Das Problem der sozialmedizinischen Beurteilung bei funktionellen Syndromen ist besonders groß, da die Möglichkeiten der Quantifizierung hierfür nahezu nicht gegeben sind. Ein mechanistisches Krankheitsverständnis bzw. eine Leistungsbeurteilung, die sich allein an der gestörten Organfunktion orientiert, kann nur sehr bedingt das Leistungsvermögen der ganzen Person beschreiben. Die sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kann am ehesten als Ergebnis einer multidisziplinären Teamarbeit, unter bewußter Einbeziehung intuitiver und einführender Einschätzungselemente, vertretbare Gültigkeit erreichen.

3. Therapie

3.1 Therapieziele

Ein wichtiges therapeutisches Ziel ist es, dem Patienten ein Verständnis für bio-psycho-soziale Zusammenhänge - seiner Erkrankung - zu vermitteln. Damit soll eine Fixierung auf physiologische oder biochemische Funktionsabläufe vermieden werden. In diesem Sinne soll

ein "ganzheitliches" Krankheitsverständnis vermittelt werden, das sich von einem "mechanistischen" Paradigma abhebt.

Anzustrebendes Therapieziel ist die Desomatisierung von Funktionsstörungen, die im wesentlichen psychogener Natur sind und die nur aufgrund gleichzeitig bestehender dispositioneller Faktoren als gastroenterologisches Krankheitsbild imponieren.

Chronizität, Alter und Introspektionsfähigkeit der Patienten stehen diesem Therapieziel jedoch oftmals entgegen. In diesen Fällen wird eine allgemein stützende und aufklärende Lebensberatung auf eine Beruhigung des Patienten und auf eine Änderung funktionsstörender Lebensgewohnheiten zielen müssen, wobei auch gelegentlich milde funktionsharmonisierende Pharmaka zum Einsatz kommen können.

3.2 Therapieplan

Der Therapieplan sollte sowohl kurzfristige therapeutische Möglichkeiten, d. h. Therapieverfahren während des stationären Rehabilitationsverfahrens umfassen, als auch langzeittherapeutische Erwägungen berücksichtigen. Bei funktionellen Oberbauchbeschwerden werden häufig psychotherapeutische Maßnahmen auch nach dem stationären Aufenthalt notwendig sein, unabhängig davon, ob es sich um übende Verfahren (Autogenes Training etc.), tiefenpsychologische Interventionen oder um verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen handelt.

3.3 Therapiemaßnahmen

Die Verordnung von Medikamenten, auch Umstellungen in der Diät, dürften bei funktionellen, gastroenterologischen Syndromen eher im Hintergrund stehen und häufig sogar kontraindiziert sein.

Der Bewegungs- und Physiotherapie kommt ein flankierender, robrierender Stellenwert zu.

Der Wert von Vortragsveranstaltungen zur allgemeinen Gesundheitsbildung ist bei derartigen Erkrankungen eher gering anzusehen, wenn auch selbstverständlich ein Fehlverhalten im Sinne eines Nikotin-, Alkohol- oder Medikamentenmißbrauches erörtert werden muß und der Zusammenhang zwischen Streß und vegetativen Begleiterscheinungen dargelegt werden kann.

Von entscheidender Bedeutung ist es jedoch, in gruppen- und einzeltherapeutischen Gesprächen seelische Belastungen und Konflikte zu erörtern, um auf diesem Wege eine De-Somatisierung gestörter Funktionsabläufe einzuleiten. Sehr wichtig in diesem Zusammenhang ist das Erlernen von Entspannungstechniken, wie Autogenes Training oder progressive Muskelentspannung, ggf. unterstützt mit Biofeedback.

Stets anzustreben sind aber auch psychotherapeutische Ansätze, entweder als Verhaltenstherapie oder nach dem Konzept einer aufdeckenden tiefenpsychologischen Fokaltherapie, welche die körperliche Funktionsstörung zur psychosozialen Erlebenswelt sinnvoll in Zusammenhang bringen.

3.4 Allgemeine Fragen zur Therapie

Rehabilitative Therapie versteht sich gerade im Bereich der funktionellen Organstörungen als ein ganzheitliches Behandlungskonzept, das im Sinne einer Professionalisierung der Rehabilitation durch entsprechend weitergebildete und qualifizierte Ärzte, Psychologen und Krankenschwestern getragen wird. Innerhalb der Therapieplanung muß immer wieder neu der Konflikt zwischen passivierenden, traditionellen Kurbehandlungen unter Nutzung der sog. ortsgebundenen Heilmittel gegenüber einer aktivierenden, auf Veränderung der Lebens-

und Verhaltensweise abgestellten Rehabilitation im engeren Sinne herausgearbeitet werden. Dabei muß die paradoxe Tatsache berücksichtigt werden, daß die traditionelle Kurbehandlung in der Behandlung psychovegetativer Organstörungen kurzfristig sehr erfolgreich sein kann. Zumindest für den stationären Aufenthalt verbessert sich die Symptomatik eines derart Erkrankten häufig dramatisch. Hieraus den Schluß zu ziehen, daß es sich um eine therapeutisch sinnvolle Maßnahme gehandelt habe, ist jedoch nicht zulässig, wenn man sich die Kurzfristigkeit der Besserung vor Augen hält. Denn gerade bei funktionellen Erkrankungen im Bereich der Gastroenterologie muß der Einsatz traditioneller Kurmittel sehr kritisch geprüft werden, weil sie krankheitsfestigend wirken können. In therapeutisch aussichtslosen Fällen (z. B. nach jahrzehntelangem Verlauf) können balneophysikalische Maßnahmen allerdings vorübergehend zur Linderung eingesetzt werden.

4. Therapiekontrolle und Dokumentation

Basis der Therapiekontrolle sollten regelmäßig stattfindende Visiten sein sowie multidisziplinär zu führende Teamgespräche auf Stationsebene. Vor der Entlassung des Patienten sollte mit ihm ausführlich die Krankheitsproblematik erörtert werden. Dabei dürfen konfliktträchtige Einschätzungen nicht unterbleiben; zeitsparende Beschönigungen sind in dieser Phase eher therapieschädlich.

4.1 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht sollte ungeschönt die Gesamteinschätzung enthalten. Die Relevanz für das Leistungsvermögen sollte so exakt wie möglich umrissen sein. Auch sollte der Entlassungsbericht zumindest zusammenfassend einen Abriß der Krankheitsgeschichte mit ihren sozialen und psychogenen Anteilen darstellen. Es steht außer Frage,

daß ein derartiger Entlassungsbericht zeitaufwendig zu erstellen ist, die Belange des Datenschutzes berücksichtigt und der Schutz des Arztgeheimnisses dabei gewährleistet werden muß.

Eine Therapiekontrolle ist derzeit innerhalb der Rehabilitationskliniken nur in Ausnahmefällen, etwa im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen, üblich. Ohne Therapiekontrolle fehlt dem therapeutischen Ansatz jedoch ein wichtiges Korrektiv, wodurch auch die Diagnosequalität beeinträchtigt ist. Es wäre zu wünschen, daß ein möglichst standardisiertes, katamnestisches Verfahren von den Rehabilitationsinstitutionen eingerichtet wird, mit dem Therapieeffekte zuverlässig erfaßt werden können.

5. Therapiedauer

Die bisher übliche Behandlungsdauer von in der Regel 28 Tagen entbehrt medizinischer Begründung und folgt eher verwaltungstechnischen Überlegungen. Bei funktionellen Syndromen reicht eine Beobachtungs- und Behandlungszeit von 28 Tagen in der Regel nicht aus. Es ist davon auszugehen, daß hier in der Regel 6 Wochen notwendig sind. In Einzelfällen, in denen eine zunehmende Somatisierung durch den Behandlungsverlauf droht und eine Introspektionsfähigkeit und auch Kooperationsbereitschaft des Patienten weitgehend fehlt, muß die Möglichkeit geschaffen werden, Heilbehandlungen auch vorzeitig zu beenden. Die Verkürzung oder vorzeitige Beendigung einer Reha-Maßnahme sollte auch bei Patienten mit Kurerwartung ohne eigentliche Rehabilitationsbedürftigkeit möglich sein.

6. Multimorbidität

Multimorbidität spielt in der Regel keine wesentliche Rolle im Zusammenhang mit funktionellen Syndromen. Es muß jedoch berücksichtigt

werden, daß sich Funktionsstörungen nicht selten auch als Folge anderer somatischer Störungen ergeben. Um diese Störungen auf das Grundleiden beziehen zu können, muß das allgemeininternistische Wissen auch für die anderen Bereiche der Inneren Medizin in den Rehabilitationskliniken vorhanden sein.

7. Schnittstellen

7.1 Einweisung

Fehleinweisungen im Bereich funktioneller Oberbauchbeschwerden werden sich nicht vermeiden lassen. Bei etwa 2 % der Erkrankten läßt sich eine schwerwiegende Erkrankung feststellen, d. h. die Einweisung erfolgt unter einer Fehldiagnose.

Besonders nachteilig für den Klinikablauf ist jedoch jene Patientengruppe anzusehen, die vorgibt, an funktionellen Syndromen zu leiden, ohne daß dies der Fall ist. Hier verdeckt die Diagnose lediglich ein Urlaubsbegehren.

7.2 Anschlußheilbehandlung

Die funktionellen Syndrome gehören nicht zum AHB-Indikationskatalog und sind hierfür auch nicht geeignet.

7.3 Nachsorge

Die Nachsorge bei Patienten mit funktionellen Syndromen in Form von weitergehender Einzel- oder Gruppentherapie ist in der Regel mangelhaft. Es ist sehr zu bedauern, daß die Reha-Kliniken sich in der Regel an Standorten befinden, in der die Nachsorge von ihnen nicht ge

leistet werden kann, selbst wenn die rechtlichen und personellen Voraussetzungen hierfür geschaffen wären. Insgesamt ist zu beklagen, daß häufig in Reha-Kliniken sinnvoll in Gang gesetzte Entwicklungs- und Veränderungsprozesse nicht konsequent am Heimatort weitergeführt werden können.

Um diesem Problem gerecht zu werden, bietet sich lediglich die relativ kurzfristige Intervallbehandlung an, d. h. die Wieder- einbestellung zu einer weiteren stationären Behandlung. Es ist zu begrüßen, daß dies im Bereich der BfA mit der Möglichkeit der Wiederholungsheilbehandlung relativ problemlos möglich ist und praktiziert wird.

8. Ausstattung

8.1 Personelle Anforderungen

Die personelle Ausstattung der Reha-Klinken wird der Aufgabenstellung der Rehabilitation funktioneller Syndrome in der Regel nicht gerecht.

II.5 Rehabilitation bei Ulkuskrankheiten

1. Einleitung

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen des Rentenversicherungsträgers zielen kurz- und langfristig auf die Erhaltung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ab, wobei die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ein "Funktionieren im psycho-sozialen Bereich", ja ein Funktionieren des Menschen in seiner körperlich-seelischen-geistigen Gesamtheit voraussetzt.

Allgemeine Zielebene der diagnostisch/therapeutischen Interventionen in der Rehabilitationsklinik ist die Beseitigung bzw. Minimierung von Krankheitsfolgezuständen (Impairments, Disabilities und Handicaps entsprechend den WHO-Definitionen), also die Wiederherstellung eines möglichst hohen Grades an körperlicher, psychischer und geistiger Gesundheit. Dies setzt eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit der bzw. den vorliegenden Erkrankungen des Patienten voraus, wobei die fachgerechte, organ-medizinische Diagnostik und Behandlung die Basis darstellt, auf der alle anderen, sich am ganzen Menschen, nicht an einem isolierten Krankheitsbild orientierenden Interventionen, aufbauen.

Das nachfolgend dargestellte Rehabilitationskonzept für Ulcuskrankungen befaßt sich auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Krankheit und Behinderung schwerpunktmäßig mit vier Behandlungsebenen:

- (1) Medizinisch/technisch apparative und medikamentöse Interventionen,
- (2) Gesundheitsbildung und krankheitsbezogene Schulung,
- (3) Unspezifische und spezifische physikalische Therapie,
- (4) Sozial(medizinische) Beratung.

2. Grundlagen der Rehabilitation bei Ulkuserkrankungen

Die peptische Ulkuskrankheit an Magen und Duodenum ist häufig und neigt zu Rezidiven. So wird die "Lebenszeitprävalenz" von Duodenalgeschwüren in den USA bei Männern auf 10 % und bei Frauen auf 4 % geschätzt.

Als Risikofaktoren werden neben seltenen, genetisch bedingten Konstellationen vor allem Faktoren, die mit Lebensgewohnheiten in Beziehung stehen, wie Ernährung, Alkoholgenuß, Zigarettenrauchen, sowie bestimmte Medikamente angeschuldigt.

Eine Beziehung zu Verhalten und Erleben wurde schon durch die klassischen psychosomatischen Theorien zur Ulkuserstehung hervorgehoben. Dies wird durch die klinische Erfahrung häufig bestätigt; leider zeigt sich recht oft, daß die peptische Ulkuskrankheit auf nahezu jeder Stufe der medikamentösen und schließlich auch chirurgischen Therapie rezidivieren kann, oft solange, bis eine entscheidende Veränderung im Verhalten und oder Erleben des Patienten eingetreten ist. Für die Behandlungspraxis ist es weniger wichtig, ob und in welchem Ausmaß psychische Faktoren zur Genese von Ulkuserkrankungen beitragen; man geht jedoch davon aus, daß die psychische Stabilität des Patienten und seine psychosoziale Situation von wesentlicher Bedeutung ist für den Verlauf der Erkrankung und die Prognose von Rezidiven. Letztlich wird dieser Sachverhalt auch nahezu von jedem Ulkuspatienten als bedeutsam für sein Krankheitsgeschehen anerkannt.

Dies heißt für die Rehabilitation, daß psychische und somatische Aspekte nicht als unabhängig voneinander verstanden und therapeutisch angegangen werden dürfen. Vielmehr müssen sowohl bei somatischen als auch bei psychologischen und sozialen Behandlungsmaßnahmen jeweils die anderen "Ebenen" mitbedacht werden. Der Patient muß dabei als Handelnder im Mittelpunkt der Rehabilitation stehen.

Dieser partnerschaftliche Aspekt zwischen Patient und Arzt stellt im übrigen auch eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung eines wichtigen Zieles des Rehabilitationsprozesses dar, nämlich der Vermittlung von "Hilfe zur Selbsthilfe". Die effektive organomedizinische Behandlung stellt dabei insofern eine unverzichtbare Basis dar, als sie "das Feld wieder bereinigt", d. h. organische Krankheitsfolgezustände (Impairments) auf diesem Gebiet beseitigt und es damit dem Patienten erlaubt, psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren, persönliche Stabilität und soziale Handlungskompetenz wiederzuerlangen.

Im Rahmen eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes bei Ulkuskrankheiten müssen die unterschiedlichen potentiellen therapeutischen Ansatzpunkte auf der somatischen und psychischen Ebene berücksichtigt werden, wie sie in Tabelle 2 zusammenfassend skizziert sind.

Ein einfaches ätiopathogenetisches Muster ist allerdings weder auf organischem noch auf psycho-somatischem Gebiet zu erwarten: Aus gastroenterologischer Sicht handelt es sich bei der peptischen Ulkuskrankheit trotz aller Gemeinsamkeiten um eine Summe verschiedener Krankheitsentitäten; aus psychosomatisch/-klinisch psychologischer Sicht gibt es sowohl Hinweise auf Kompetenzdefizite und typische Konfliktkonstellationen, als auch Versuche, über eine Typologie der Ulkuskrankheit, die sich an psychodiagnostischen Kriterien orientiert, spezielle therapeutische Ansatzpunkte bei Ulkuspatienten zu bestimmen.

Für eine wirkungsvolle Rehabilitation erscheint daher ein integrativer Behandlungsansatz gerade bei der peptischen Ulkuskrankheit geboten, der die Komplexität der "somato-psychischen" Konstellation der Gesamtperson des Patienten hinreichend gerecht wird. Denn der Patient steht im Zentrum der Rehabilitation und nicht ein gastro/ duodenales Ulcus (allein). Rehabilitation ist also nicht nur Rezidivprophylaxe hinsichtlich der organischen Symptomatik, sondern

Tabelle 2: Therapeutische Ansatzpunkte in der Rehabilitation
 bei Ulkuspatienten

- Soma:
- Säure-Hypersekretion (angeborene oder erworbene Hyperpepsinogenämie?)
 - Motorische Störungen
 - Mangelnde Durchblutung
 - Mangelnde Schleimsekretion
 - Mangelnde Repair- /Regenerations-Mechanismen
 - chronische Entzündungen (z. B. HP-positive chronische B-Gastritis)
 - Exogen-toxische Einflüsse (Medikamente, z. B. nicht-steroidale Antirheumatika)
 - Neoplasien

Psyche: **(1) Nach einem tiefenpsychologischen Ansatz:**

- Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikt
- Selbstwertproblematik
- Verlustproblematik
- Nicht-Satt-Werden/"Dauerhunger"
- Neid/Ärger-Komplex
- geringe Fähigkeit zur Belastungs- und Problembewältigung

(2) Nach einem verhaltensmedizinischen Ansatz:

- geringe Fähigkeit zur Belastungsregulierung und Problembewältigung
- soziale Kompetenzdefizite
- Selbstwertproblematik
- geringe Fähigkeit zur Entspannung
- mangelnde Fähigkeit zur Aggressions- und Ärgerbewältigung

auch - unter langfristiger Perspektive - Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der psychosozialen Adaptation. Das bedeutet, daß somatische, psychologische und soziale Ansätze und Behandlungsebenen eng verschränkt werden müssen, um das Hauptziel eines möglichst hohen Maßes an "Ganzheit" im Sinne von "Heilsein" des Individuums zu erreichen.

3. Rehabilitationsziele

Aus den einleitenden Darlegungen ergeben sich folgende kurz -, mittel- und längerfristig angelegten Therapieziele:

- (1) Herstellen des unter den gegebenen Umständen bestmöglichen organisch/funktionellen Status des oberen Gastrointestinaltraktes (Vermeidung von Impairments),
- (2) Abbau von Risikoverhalten,
- (3) Vermittlung von Selbststeuerungsfähigkeiten, Bewältigungsstrategien für innere und äußere Konflikte, Akzeptanz der eigenen Person und der Krankheit, Lebensmut- und freude (Abbau von "Disabilities"),
- (4) Verbesserung der sozialen Integration in das private und berufliche Umfeld (Minimierung von "Handicaps").

Zielebene (1) ist meist kurzfristig während einer vierwöchigen stationären Heilbehandlung erreichbar. Die zum Erreichen der Zielebenen (2) und (3) erforderlichen Schritte sind während dieser Zeit zumindest einzuleiten und zu üben. Die Zielebene (4) ist längerfristig angelegt, weil Krankheitsfolgezustände zu vermeiden oder zu minimieren, eine Rezidivprophylaxe hinsichtlich aller Aspekte der chronischen peptischen Ulkuskrankheit bedeutet. Insofern stellt das

Erreichen der Zielebenen (1) bis (3) die Voraussetzung für die Verwirklichung der Ziele auf der Ebene (4) dar.

Als Maßnahmen zur Verwirklichung der genannten Zielebenen sind folgende Interventionsmöglichkeiten vorgesehen (eine Spezifizierung erfolgt in Kapitel 4):

Ebene (1): Allgemeine internistische und spezielle gastroenterologische Diagnostik zur Ein- und Abgrenzung der aktuellen anatomisch/ funktionellen Organstörung und als Kontrolle; gestufte medikamentöse Behandlung; endoskopisch-interventionelle Therapie; Ernährungstherapie.

Ebene (2) und (3): Einzel- und Gruppenangebote zu Schulungs-, Trainings-, Beratungs-, Motivations- und Psychotherapiezielen.

Ebene (4): Verknüpfung von somato-psychischem Status mit der psychosozialen und der beruflichen Situation; soweit möglich Hinzuziehen von Angehörigen und Herstellung eines engen Kontaktes zu wesentlichen Institutionen im Bereich der Nachsorge am Heimatort (u. a. Hausarzt, Selbsthilfegruppe).

4. Diagnostik und Therapie

4.1 Allgemeines Ablaufschema

Die notwendige Integration der verschiedenen Ebenen der Rehabilitation bei Patienten mit chronisch-peptischer Ulkuskrankheit stellt hohe Ansprüche an die Kooperation des Arztes mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern. Ihre Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam ist gleichzeitig Modell für die kooperative, quasi partnerschaft

liche Zusammenarbeit des Patienten mit dem Arzt bzw. den übrigen therapeutischen Mitarbeitern.

In Abb. 1 (S. 421) ist der Aspekt der Integration zwischen den einzelnen Therapieebenen und den an ihr beteiligten Hauptgruppen Ärzte, Psychologen, Schwestern/Pfleger sowie den weiteren Therapeuten dargestellt. Man erkennt die zentrale Stellung der Teamgespräche für die innere, konzeptionelle Verknüpfung der Bereiche und - durch Pfeile symbolisiert - die Vielzahl der regulierenden Interaktionen mit Rückkoppelungen, welche insbesondere die Möglichkeit der wechselseitigen Korrekturen und Anpassungen des therapeutischen Vorgehens an den Verlauf der Rehabilitation umfaßt.

Bereits in der Anfangsphase der Rehabilitation muß die Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten für den Umgang mit seiner Gesundheit und Krankheit beginnen. Dies bedeutet, daß möglichst frühzeitig gemeinsam mit dem Patienten vom betreuenden Arzt die für den individuellen Rehabilitationsprozeß wesentlichen Ziele festgesetzt werden, welche später entsprechend der sich aus dem Rehabilitationsverlauf ergebenden Informationen und Gesichtspunkte (unter Einbeziehung des therapeutischen Teams) modifiziert oder korrigiert werden können.

Auf der Station ist die Schwester ein wichtiger Ansprechpartner. Sie erlebt durch regelmäßigen "alltäglichen" Kontakt mit dem Patienten, wie er mit Konflikten, sozialen Kontaktsituationen und Anforderungen umgeht. Während ihre Erfahrungen dabei einerseits für die Therapieplanung und ggf. -korrektur im Austausch mit dem Reha-Team von großer Bedeutung sind, erhält sie im Team andererseits auch Rückendeckung, um Belastungen besser standhalten zu können. Letzteres ist für alle Klinik-Mitarbeiter, die durch Kontakt mit dem Patienten mehr oder minder intensiv am therapeutischen Gesamtrehabilitationsprozeß beteiligt sind, von Wichtigkeit.

4.2 Beschreibung der einzelnen Diagnose- und Therapieebenen

4.2.1 Medizinische Maßnahmen im engeren Sinne

Diagnostische Aufgaben:

- Allgemeine internistische Basisdiagnostik (EKG, Röntgen, Thorax, Basislabor, Sonographie),
- Ab- und Eingrenzung möglicher anderer Ursachen der geklagten Beschwerden mittels internistischer und gastroenterologischer Zusatzdiagnostik, sofern das aktuelle Krankheits-/Beschwerdebild nicht hinreichend ge(er)klärt ist und der Patient zustimmt,
- unter dieser Prämisse auch Aktualisierung des endoskopischen Befundes, sofern erforderlich mit ggf. biop-tisch/histologischer Erfassung des Entzündungsgrades der Schleimhaut und ihrer Besiedelung mit Helicobacter Pylori (HP),
- Direkte oder indirekte (z. B. über Atemteste) Erfassung motorischer Störungen,
- Erfassung begleitender Malabsorption/Maldigestion (insbesondere bei bereits operierten Patienten) durch direkte und indirekte Funktionstests sowie ggf. eine kalorienorientierte Ernährungsanamnese,
- Ausschluß besonderer, z. B. hormonaler Faktoren auch aus der Familienanamnese (Parathormon, Gastrin),
- gegebenenfalls zusätzliche Diagnostik zur Abklärung der Notwendigkeit einer operativen Intervention als Empfehlung für die weiterführende Behandlung,

- therapiebegleitende/-kontrollierende Diagnostik, inhaltlich entsprechend den bereits genannten Punkten.

Therapie:

- Medikamentöse Stufentherapie, je nach der sich aus der organischen Diagnostik, dem Risikoverhaltensprofil und der Kooperationsfähigkeit des Patienten sich ergebenden Situation:
 - Oberflächen-Protektiva,
 - Antacida,
 - H₂-Blocker,
 - Protonenpumpenantagonisten,
 - Prokinetika u. a.,
- allgemeine oder ggf. spezielle Diättherapie (z. B. im Anschluß an eine Operation),
- gegebenenfalls endoskopisch-apparative Interventionen.

4.2.2 Rehabilitationsspezifische Maßnahmen

Diagnostik:

- Ermittlung von für diesen Bereich relevanten Informationen im Rahmen des ärztlichen Aufnahmegespräches; Vervollständigung bei der ersten Stationsvisite (z. B. auch gemeinsam mit dem Psychologen),
- aus Mitteilungen der therapeutischen Mitarbeiter im Rahmen der Teamgespräche,

- aus den Gruppenveranstaltungen für die Patienten,
- Ergebnisse spezieller Psychodiagnostik (Testverfahren, Explorationsgespräche),
- Integration und Umsetzung dieser Informationen im ärztlich/psychologischen Team für die Planung der Rehabilitation.

Therapie:

- (1) Krankheitsbezogene Gruppenarbeit "Ulkusgruppe"
(s. u.)
- (2) Allgemeine und spezielle Maßnahmen zur Gesundheitsbildung, insbesondere Nichtrauchertraining und Autogenes Training. Während die Seminare und Trainingsgruppen einerseits die Veränderung von Risikoverhalten anstreben, dienen sie andererseits auch als Vorbereitung für mögliche psychotherapeutische Gruppeninterventionen.
- (3) Ggf. spezielle Diätschulung bei postoperativen Situationen (z. B. "Dumping"-Prophylaxe, spezielle Kostformen bei Malabsorption/Maldigestion),
- (4) Einzelpsychotherapie je nach Bedarf,
- (5) "Physikalische" Therapien werden im wesentlichen unspezifisch zur Verbesserung von Körpergefühl und Leistungsvermögen, Freude am Körper und damit Selbstvertrauen und "Selbstannahme" einerseits, "Energieabfuhr" andererseits beitragen.
- (6) Gestaltung eines sog. therapeutischen Umfeldes mit Beschäftigungstherapie- und Freizeitgestaltungsangeboten.

Die **krankheitsbezogene Gruppenarbeit** stellt für die Integration einen ähnlich wichtigen Baustein dar, wie die Teamgespräche. Deshalb wird bei dieser Gelegenheit detaillierter darauf eingegangen: In der "Ulkusgruppe" geht es darum, dem Patienten zu helfen, Experte in Sachen seiner eigenen Erkrankung zu werden. Im speziellen geht es darum, Problembereiche, wie sie insbesondere in Tabelle 2 (siehe oben) dargestellt sind, genauer zu erkennen und Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Im Mittelpunkt stehen in der Anfangsphase immer wieder Aspekte der Krankheitsbewältigung bzw. der angemessenen Lebensweise bei Ulkuserkrankungen sowie Fragen nach der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen. In späteren Gruppenphasen wird es auch um persönlichkeitsnähere Themen gehen, wie die Selbstakzeptanz und der Umgang mit Ärger und Aggressionen, die Verarbeitung von Verlust und Enttäuschung. Die Vorgehensweisen können sich im Einzelnen unterscheiden, je nach dem, ob vorwiegend ein mehr verhaltensmedizinischer oder ein mehr tiefenpsychologischer Zugang gewählt wird. Zweckmäßig erscheint ein integriertes Vorgehen, in dem sowohl Aspekte von persönlicher Handlungskompetenz, soziale Fertigkeiten und die Bewältigung von Problem- und Konflikt-Situationen als auch tiefenpsychologische Aspekte und/oder entwicklungspsychologische Ansätze berücksichtigt werden.

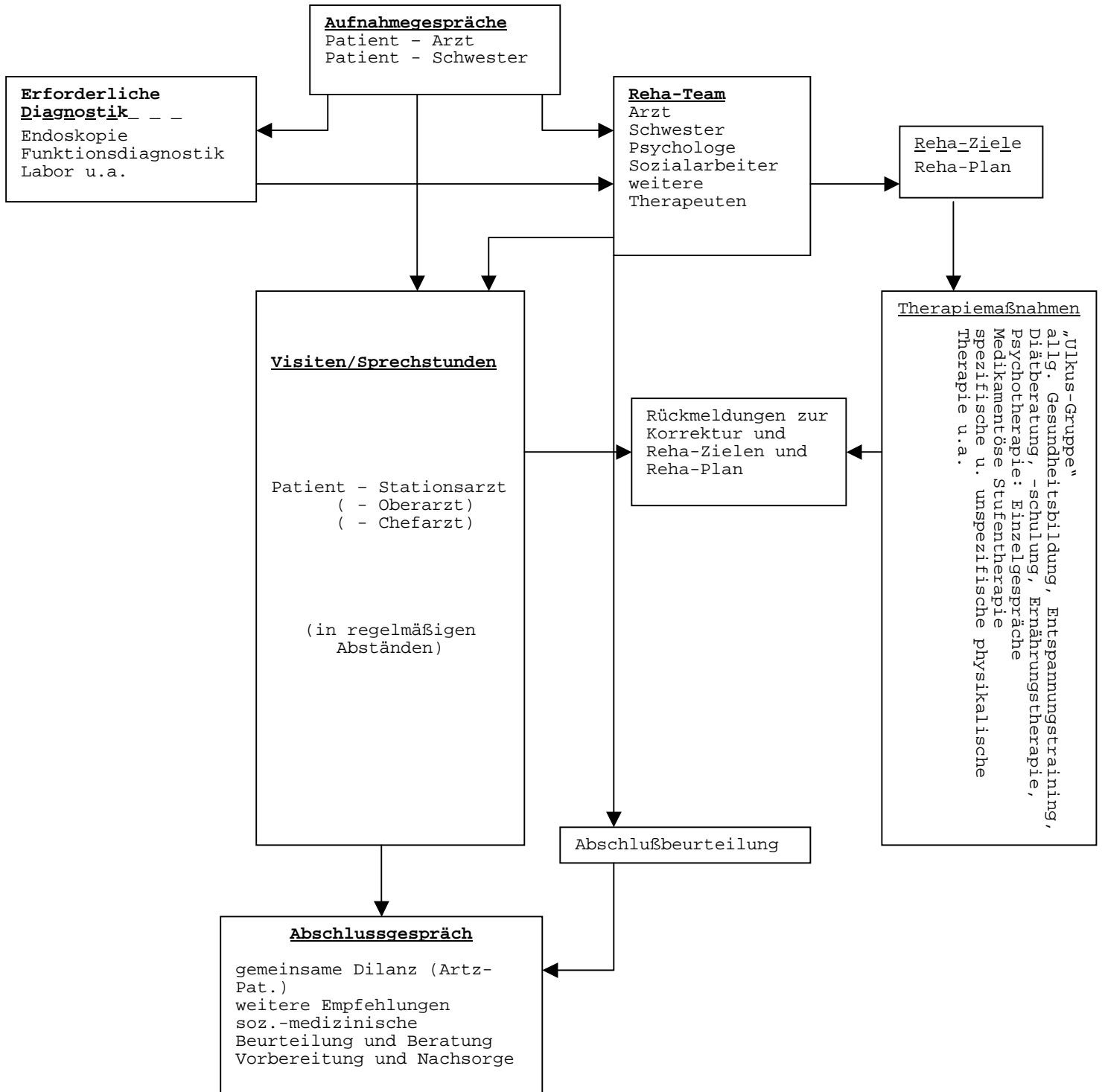
4.2.3 Sozial(-medizinisch)e Beratung

Die Zusammenführung von Informationen aus der diagnostischen Phase und dem Rehabilitationsprozeß mit Informationen über die Situation zuhause und am Arbeitsplatz geschieht auch mit den Zielen einer möglichst zuverlässigen Abschätzung der Leistungsfähigkeit und einer daraus resultierenden Beratungsnotwendigkeit. Hier wird unter Nutzung aller zugänglichen Informationen, einschließlich einer Arbeitsplatzbeschreibung (welche vom Patienten selbst erstellt wird), vom Arzt, ggf. unter Mitwirkung des Psychologen, eine tragfähige Basis

für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Patienten und seine diesbezügliche Beratung erarbeitet. Gelegentlich ist darüber hinaus (Einverständnis des Patienten vorausgesetzt) Kontaktaufnahme mit Institutionen und Personen des häuslichen Umfeldes und des Arbeitsplatzes zweckmäßig.

Beim Ulkuspatienten geht es in der Beratung, neben der rein physisch-funktional definierbaren Belastbarkeit, oft um die Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Belastungen im Kontakt mit Kollegen und Vorgesetzten sowie um die emotionale Verarbeitung von Leistungsanforderungen. Bei dem entsprechenden Beratungsprozeß wird es nicht selten möglich, Unsicherheit als Ursache von Arbeitsunfähigkeits- bzw. Rentenbegehren von inadäquater Anspruchshaltung abzutrennen und bewußt zu machen. Nicht selten ist es ein aktives und anerkanntes, effektives Funktionieren am Arbeitsplatz oder an anderer Stelle, wonach sich der Ulkuskranke - wenn er nur körperlich wiederhergestellt ist - sehnt.

Abb. 1: Allgemeines Ablaufschema:
"Rehabilitation bei Ulkuskrankheiten"



II.6 Reha-Maßnahmen bei Diabetes mellitus

1. Einleitung

Unter dem Begriff des Diabetes mellitus werden verschiedene Krankheiten subsumiert, die durch eine chronische Hyperglykämie gekennzeichnet sind und auf einem absoluten Mangel des Hormons Insulin (Typ I) oder einer veränderten Empfindlichkeit für dieses Hormon (Typ II) beruhen. Allen Diabetestypen ist gemeinsam, daß die erhöhten Blutzuckerwerte nach längerer Zeit zu diabetischen Folgeschäden führen. Diese sind nach dem heutigen Stand der Forschung durch eine normoglykämische Stoffwechseleinstellung größtenteils (in Abhängigkeit vom Alter und der Art des Folgeschadens) vermeidbar, während sie nach einer jahrelangen schlechten Stoffwechseleinstellung mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit auftreten.

Das Erreichen der therapeutischen Zielvorstellung der Normoglykämie erfordert die aktive Mitarbeit des Patienten in der Therapie. Diese ist nur mit einem hohen multidisziplinären Behandlungs-, Schulungs- und Motivationsaufwand zu erreichen, wodurch der Diabetes zu einer klassischen Modellerkrankung der Rehabilitation wird.

Zur Zeit ist eine weniger aufwendige, aber leider damit auch sehr wenig effektive Therapie mit einem nur geringen Schulungsaufwand für Patienten und Therapeuten weit verbreitet. Im Bereich der kurativen Medizin, die den größten Teil aller Diabetiker betreuen muß, kann mangels Zeit, Erfahrung, qualifizierten Personals und geeigneter Räumlichkeiten eine bedarfsgerechte Behandlung der Diabetiker mellitus nur eingeschränkt gewährleistet werden. Den rehabilitativen Maßnahmen der Rentenversicherung kommt daher eine große Bedeutung zu.

2. Diagnostik

2.1 Diagnostik vor der Rehabilitation

Eine wichtige Aufgabe der Diagnostik in der Rehabilitationsklinik ist zunächst die exakte Beschreibung des Ist-Zustandes der Stoffwechselsituation und der Art des Diabetes, die bei vielen Vorbefunden nicht in befriedigendem Umfang vorgenommen werden.

Dies gilt auch zu einem großen Teil für die mit dem Diabetes verbundenen organpathologischen Veränderungen und Folgeschäden, die nur selten lückenlos dargestellt werden. Da bei diabetischen Begleit- und Folgeerkrankungen eine klinische Symptomatik oft fehlt, ist unabhängig von dem subjektiven Beschwerdebild eine Screening-Untersuchung angezeigt. Solche Untersuchungen (z. B. jährliche ophtalmologische Kontrollen) fehlen bei den Vorbefunden mit großer Regelmäßigkeit.

Für die Behandlung des Patienten wären zudem Informationen über psychosoziale Probleme, seine Compliance und Therapiebarrieren im Alltag (z. B. Arbeitsplatzbeschreibung) erforderlich, welche jedoch ebenfalls nur selten vorliegen.

2.2 Diagnostik während der Rehabilitation

Geradezu exemplarisch läßt sich beim Krankheitsbild des Diabetes aufzeigen, daß somatische, psychophysische, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren auf unterschiedlichen Systemebenen in stetiger Wechselbeziehung Entstehung, Verlauf, Behandlung und Bewältigung der Krankheit bestimmen. Dies begründet die Notwendigkeit einer multidisziplinären, rehabilitationsspezifischen Funktionsdiagnostik, die über eine reine Statusdiagnostik hinausgeht.

2.2.1 Medizinische Diagnostik im engeren Sinne

Die notwendigen diagnostischen Screening-Untersuchungen sind in Tabelle 3 zusammengestellt.

2.2.2 Psychosoziale Diagnostik

Aufgrund der hohen Selbstverantwortlichkeit des Patienten für seine Therapie stellen Probleme im Bereich des Verhaltens (z. B. Eßprobleme), aber auch psychische Probleme (z.B. Depressionen, Ängste etc.) eine wesentliche Barriere für eine adäquate Therapie dar. Darüber hinaus haben Diabetiker ein erhöhtes Risiko für psychische Begleiterscheinungen. Ziel der psychosozialen Diagnostik ist daher die Analyse der Art der Krankheitsbewältigung sowie die Identifikation von psychischen und sozialen Faktoren, die einen Einfluß auf die Diabetestherapie haben.

2.2.3 Ernährungsanamnese

Da eine kohlenhydrat- und kaloriengerechte Ernährung bei der Behandlung des Diabetes eine sehr wesentliche Rolle spielt, ist eine qualifizierte Ernährungsanamnese (durch eine Diätassistentin/Ökotrophologin) für die Erstellung bzw. Modifikation eines Diätplanes von großer Wichtigkeit.

3. Therapie

Eine adäquate Behandlung des Typ I- und des Typ II-Diabetes stellt unterschiedliche Anforderungen an das Rehabilitationsteam. Die Therapie von Typ I-Diabetikern setzt eine hohe Spezialisierung voraus,

Tabelle 3: Medizinische Diagnostik in der Diabetes-Rehabilitation

Organsystem	Screening-Untersuchungen	Spezielle Untersuchungen
Augen	Fundoskopie Visus Druck	Fluoreszenzangiographie
Nieren	Labor (Blut, Urin) Clearance Sonographie	Röntgen (i.V.-Pyelogramm)
Urogenitaltrakt	Restharn	Uroflowmetrie Cystoskopie Röntgen (i.V.-Pyelogramm) spez. Diagnostik der erektilen Dysfunktion
Magen-Darm-Trakt	Sonographie	Röntgen MDP Nuklear-Medizin (Passagezeit) Neurophysiolog. Unters. (Oesophagus) Belast.-Test (Reizmahlzeit etc.)
Herz-Kreislaufsystem	EKG (Ruhe u. Belast.) Röntgen-Thorax Angiologischer Status	24 Std.-EKG RR vor/nach Belastung Echokardiographie
Füße/Extremitäten/ Haut	Dermatolog. Befund Röntgen-Knochen	Angiol. Tests (Doppler etc.) Pedogramm Allergietest
Psyche	Motivation/Compliance/ Konzentration/Anamnese/ sozialer Status/ sozialeres Umfeld	Intelligenztest u.a.
Stoffwechsel	Labor (Blut, Urin) Belastungstests	Glucose-Monitoring 24 Std. Künstliches Pankreas Belast.-Tests (AS, Glucose) Hungertest (48 Std.)
Nervensystem	Körperl. Untersuch. befund/Anamn./subj. Beschwerden (Fragebogen) Funktionstests sensorisches NS - Vibrationsempfind. - Temperaturdiskriminationsvermögen Funktionstests autonomes Nervensystem - EKG (Herzfrequenzanalyse)	Funktionstests sensorisches Nervensystem - EMG/NLG/SEP Funktionstests autonomes NS - Pupillometrie Röntgen EEG

die wegen der geringen Zahl der Patienten nur in wenigen spezialisierten Zentren angeboten werden muß.

Dagegen sollten die Grundzüge der Behandlung, Motivation und Schulung von Typ II-Diabetikern aufgrund der weiten Verbreitung der Erkrankung und ihrer großen Bedeutung im Rahmen der Multimorbidität in vielen Rehabilitationskliniken gewährleistet sein.

3.1 Therapieziele

Das generelle Ziel der Normoglykämie (normale Blutzuckereinstellung) in der Diabetes-Behandlung bedeutet für die Rahmen der Rehabilitation eine Reihe von speziellen Therapiezielen:

- 1) Optimierung und Anpassung der Stoffwechselführung an die tatsächlichen Lebensbedingungen des Patienten und sein soziales und berufliches Umfeld,
- 2) Linderung der Symptome bei Vorliegen von diabetesspezifischen Folgeschäden; Normalisierung der ihnen zugrundeliegenden metabolischen und strukturellen Störungen,
- 3) Verbesserung des Wissensstandes über Diabetes mellitus und wichtige Aspekte der Selbstbehandlung durch eine strukturierte Diabetikerschulung,
- 4) Motivation zu einem aktiven, selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, der sich bei Berücksichtigung der Altersstruktur der Rehabilitanden an dem Ziel einer Normoglykämie orientiert,

- 5) Modifikation von krankheitsrelevanten Verhaltensweisen (z. B. Ernährungsverhalten) und Einstellungen (z. B. Krankheitsverarbeitung), die eine Barriere für eine adäquate Diabetestherapie darstellen.

3.2 Therapieplan

Da bei den Diabetes-Patienten beträchtliche Unterschiede bestehen hinsichtlich ihres Wissensstandes, der Therapieform, der aktuellen Problemsituation wie auch bezüglich der Alltagsbedingungen des Einzelnen, bedarf es der Erstellung eines individuellen Therapieplanes, der die Stoffwechselführung an die jeweiligen Ausgangsbedingungen an paßt.

Der Therapieplan sollte im Schulungsteam gemeinsam ausgearbeitet werden und neben den kurzfristigen Therapiezielen während des stationären Aufenthaltes auch langfristige Rehabilitationsziele (z. B. regelmäßige Blutzuckerselbstkontrolle bei Typ I-Diabetikern, langfristige Gewichtsreduktion bei Typ II-Diabetikern) umfassen.

3.3 Therapiemaßnahmen

3.3.1 Maßnahmen zur Verbesserung der Stoffwechselsituation

Während einer stationären Heilbehandlung wird durch die verbesserten diätetischen Bedingungen und die vermehrte körperliche Aktivität bei den zu ca. 90 % übergewichtigen Patienten zumeist eine deutliche Verbesserung der Stoffwechsellage zu erreichen sein. Hier gilt es, die Dosierung von oralen Antidiabetika oder von Insulin bereits von

Anfang an drastisch zu reduzieren, was ganz erheblich auch zu einer Langzeitmotivation der Patienten beiträgt.

Viele Typ I-Diabetiker sind schlecht eingestellt, mit starren, auf die täglichen sozialen und beruflichen Lebensbedingungen nicht abgestimmten Therapieregimen. Hier müssen sehr subtile Behandlungsstrategien durch ein kompetentes Rehabilitationsteam angeboten, vermittelt und eingeübt werden. Dazu gehört die Intensivierung der Insulintherapie, der Gebrauch von Injektionshilfen und bei geeigneten Rehabilitanden auch die Einleitung einer Insulinpumpenbehandlung.

3.3.2 Behandlung der diabetesspezifischen Folgeschäden

Auch die Behandlung der Folgeschäden ist eng mit einer Optimierung der Stoffwechselsituation verbunden. Hierdurch kann während einer stationären Heilbehandlung oft schnell und erfolgreich beispielsweise eine Linderung quälender Beschwerden bei diabetischer Polyneuropathie oder langfristig die Abheilung einer diabetischen Gangrän erreicht werden.

Daneben soll durch die gezielte Behandlung von Risikofaktoren eine Progredienz der Organschäden (z. B. Ernährungsumstellung und Hypertoniebehandlung bei diabetischer Nephropathie) sowie durch geeignete Therapieverfahren (z. B. Laserkoagulation zur Behandlung der diabetischen Retinopathie) die Weiterentwicklung der Folgeschäden verhindert werden. Irreversible Folgeschäden sollen mittels geeigneter Therapiemöglichkeiten kompensiert (z. B. invasive Methoden zur Behandlung der diabetisch bedingten erektilen Dysfunktion) sowie Restfunktionen trainiert werden (z. B. Biofeedback-Training bei diabetisch bedingter Inkontinenz).

3.3.3 Diabetikerschulung

Die erfolgreiche Behandlung des Diabetes mellitus setzt eine aktive Mitarbeit des Patienten voraus, da sein eigenes Verhalten den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflusst. Die Schulung von Diabetikern, in der Wissen über die Erkrankung und wichtige Aspekte der Selbstbehandlung ebenso vermittelt werden wie Hilfen zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensmodifikation, ist mittlerweile fester Bestandteil jeder modernen Diabetestherapie.

An der Schulung des Diabetikers sind aufgrund der Vielfalt der Schulungsinhalte verschiedene Berufsgruppen beteiligt. In spezialisierten Rehabilitationsfachkliniken besteht ein Schulungsteam zumeist aus Arzt, Diätberater (Diätassistent/in, Oecotrophologin), Psychologe/ Pädagoge, Schwester/Pfleger, Diabetesberater, Sportlehrer und Sozialpädagoge.

Es erweist sich als sinnvoll, aufgrund der großen Unterschiede im Krankheitsbild, dem Krankheitserleben, den Therapiezielen und dem Alter der Patienten die Schulung von Typ I- und Typ II-Diabetikern getrennt durchzuführen. Darüber hinaus benötigen verschiedene Patientengruppen gruppenspezifische oder ergänzende Schulungsangebote. Hierzu gehören beispielsweise frischmanifestierte Typ I-Diabetiker, Insulinpumpenträger, schwangere Diabetikerinnen, diabetische Kinder und Jugendliche oder Diabetiker mit Übergewicht, Hypoglykämie-, Inkontinenz- oder Potenzproblemen.

3.3.4 Motivation zu einem aktiven selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung

Durch Gruppengespräche, Diskussionsveranstaltungen und Einzelgespräche soll dem Diabetiker eine Hilfestellung gegeben werden, eine adäquate Krankheitsmotivation und -bewältigung zu erreichen.

3.3.5 Modifikation von krankheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen

Hierzu zählen krankheitsspezifische Gruppenprogramme zur Veränderung von Risikofaktoren für diabetische Folgeschäden (z. B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Übergewicht, Nikotin- und/oder Alkoholmißbrauch o. a.), Gruppendiskussionen zur Modifikation von diabetesspezifischen Krankheitsüberzeugungen wie auch psychologische Einzelgespräche, zur Veränderung spezifischer Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung.

4. Durchführung der Rehabilitation

4.1 Behandlungsdauer

Die bisher gängige 4-wöchige stationäre Behandlung für alle Diabetiker ist medizinisch nicht zu begründen. Eine angemessene Behandlungszeit hängt vom Krankheitstyp, der Therapieform und dem Schweregrad der Folgeschäden ab. Die Behandlungsdauer sollte daher entsprechend dem individuellen Therapieplan von der Klinik festgelegt werden.

Für Typ I-Diabetiker ist die momentane Regeldauer von 28 Tagen oft sinnvoll. Typ II-Diabetiker ohne gravierende Folgeschäden, die eine langandauernde Behandlung notwendig machen (z. B. diabetisches Gangrän), können in der Regel auch während einer kürzeren Aufenthaltsdauer adäquat behandelt werden. Da für diese Gruppe von Diabetikern verhaltensmodifikatorische Maßnahmen von besonderer Bedeutung sind, können hier stattdessen Intervall- und Kurzzeitbehandlungen sinnvoll sein. Deren Dauer kann weit unter den bisher vorgegebenen vier Wochen liegen.

Da auch für Typ I-Diabetiker eine regelmäßige Überprüfung der Stoffwechseleinstellung sowie Nachschulungen stattfinden müssen, sollte hier die Möglichkeit fraktionierter Rehabilitationsbehandlungen erprobt werden.

4.2 Zuweisung

Der Krankheitsverlauf des Diabetes mellitus hat erhebliche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit, was sich in den Zahlen über die Arbeitsunfähigkeitstage und das Ausmaß an Frühberentungen ablesen läßt. Diesen eigentlich klaren Indikationen für rehabilitative Leistungen widerspricht die momentane Versorgungspraxis, da die allerwenigsten Diabetiker im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme behandelt werden. Im Jahr 1990 wurden beispielsweise durch die Rentenversicherung nur 9.160 stationäre Heilbehandlungen bei Diabetes mellitus (in Deutschland, altes Bundesgebiet) als Erstdiagnose durchgeführt, was angesichts einer Zahl von ca. 4 bis 4,5 Millionen Diabetikern eine sehr geringe Anzahl ist. Eine Verbesserung der Anregungsmöglichkeit durch den Hausarzt (Befundbericht) könnte hier Verbesserungen bringen. Zudem kommen sehr viele Diabetiker erst dann in den Genuß rehabilitativer Maßnahmen, wenn Folgeschäden bereits eingetreten sind (Problem der zu späten Zuweisung).

Folgende Rehabilitationsvoraussetzungen lassen sich für Diabetiker formulieren:

- Alle Typ I-Diabetiker (ca. 200.000 in Deutschland, bei denen die Zielvorstellung der normoglykämischen Stoffwechseleinstellung wegen einer noch nicht durchgeführten oder bisher inadäquaten Schulung nicht verwirklicht ist, sind im Prinzip rehabilitationsbedürftig, dies allerdings nur in der wirklich spezialisierten Rehabilitationsklinik, welche die mannig

fachen Schulungsinhalte durch ein hochqualifiziertes Reha-Team auch zu vermitteln weiß.

- Typ II-Diabetiker, vor allem, wenn bereits organpathologische Folgeschäden vorliegen. Bei dieser Gruppe von Diabetikern stehen zumeist verhaltensrelevante Aspekte der sekundären Prävention im Vordergrund (Übergewicht, falsche Ernährungsgewohnheiten, körperliche Inaktivität).

Der Typ II-Diabetes, eine der häufigsten chronischen Erkrankungen überhaupt, spielt zudem in der medizinischen Rehabilitation sehr wichtige eine Rolle als Zweit- oder Dritterkrankung bei multimorbiden Patienten und ist vor allem einer der Hauptrisikofaktoren für vaskuläre Herzerkrankungen.

4.3 Multimorbidität

Bei der Mehrzahl aller Diabetiker liegen zusätzliche Erkrankungen vor. Diese multimorbiden Patienten profitieren besonders von den sehr weitgefächerten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten moderner Rehabilitationseinrichtungen, die damit eine umfassende Behandlung des Diabetikers ermöglichen. Eine umfassende Therapie des Diabetikers macht den Einbezug von Konsiliardiensten notwendig.

4.4 Nachsorge

Eine Nachsorge für Diabetiker wäre sehr wünschenswert, ist z. Zt. jedoch noch sehr mangelhaft organisiert. Häufig versanden die positiven Ergebnisse der Rehabilitationsbehandlung im häuslichen Alltag, weil keine Rückmeldung über die Adaptation der Diabetestherapie erfolgt und keine Kontinuität der Behandlung gewährleistet ist.

Verbesserungswürdig erscheint sowohl der Kontakt mit den niedergelassenen Ärzten, welche die ambulante Betreuung des Diabetikers fortführen, als auch die Weitervermittlung der Patienten in Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

Eine frühzeitige, erneute stationäre Rehabilitation im Sinne einer Intervallbehandlung sollte als Möglichkeit vor allem für jene Patienten vorgesehen werden, die Erkenntnisse der Rehabilitationsbehandlung nur sehr unzureichend in ihren Alltag umsetzen können.

4.5 Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen

Für die Therapie des Diabetes mellitus ist die Kenntnis von grundlegenden Therapieregeln auch für die Angehörigen unerlässlich. Dies gilt sowohl für die Modifikation von Verhaltensweisen (z. B. Umstellung der Ernährung), krankheitsspezifisches Wissen (z. B. Diät) wie auch das Verhalten bei Akutkomplikationen (z. B. Hypoglykämien).

5. Ausstattung

5.1 Personelle Anforderungen

Die moderne Diabetestherapie erfordert ein qualifiziertes Schulungs- und Behandlungsteam, um den vielfältigen Therapiezielen gerecht zu werden. Defizite im personellen Bereich werden besonders bei den Berufsgruppen des Pflegepersonals (hier vor allem speziell qualifizierte Diabetesberater/innen), der Diätetik (Diätberater/-assistentinnen) und Psychologie (Dipl.-Psychologen/innen) gesehen. Dagegen hat der Einsatz balneologischer Methoden (Bademeister/Masseur) für die Diabetestherapie nur eine untergeordnete Bedeutung, während der aktiven Bewegungstherapie (Sportlehrer/-innen) ein wichtiger Stellenwert zukommt.

5.2 Räumliche Ausstattung

Die Therapie des Diabetes mellitus erfordert eine ausreichende Ausstattung im somatisch-diagnostischen Bereich, Möglichkeiten zur Bewegungstherapie, Diätberatung und zum Gesundheitstraining. Eine Lehrküche sollte vorhanden sein.

Häufig sind die Räumlichkeiten für die verschiedenen Maßnahmen der Diabetesschulung (Großgruppen, Kleingruppen) nicht ausreichend. Hier besteht häufig ein Nachholbedarf, der oft ein Hemmnis zur Etablierung geeigneter Schulungsmaßnahmen darstellt.

6. Ambulante und teilstationäre Rehabilitation

Eine adäquate Diabetesversorgung kann aufgrund der großen Zahl der Betroffenen - dies gilt besonders für die Gruppe der Typ II-Diabetiker - nicht allein im stationären Rahmen stattfinden.

Da die Therapie des Typ II-Diabetes primär eine Veränderung grundlegender Verhaltensweisen zum Ziel hat, sind für dieses Krankheitsbild sowohl andere Formen der stationären Behandlung (Schwerpunkt: Verhaltensänderung), wie auch die Erprobung teilstationärer und ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. in ambulanten Rehabilitationszentren) wünschenswert und sinnvoll. Vor allem teilstationäre Einrichtungen, in denen multidisziplinäre Teams mit ausgebildeten Fachkräften arbeiten, sollten erprobt werden. Dort könnte der Patient nach einer ausführlichen Problemanalyse, entsprechend seiner individuellen Situation ausführlich informiert, in themenspezifisch zusammengestellten Kleingruppen geschult und ärztlich-psychologisch wie auch diätetisch behandelt werden.

II.7 Rehabilitation bei Adipositas

1. Einleitung

Das Krankheitsbild "Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung" (ICD 278) stellt die größte, zugleich aber auch eine sehr heterogene Gruppe von Patienten im Rahmen des Indikationsgebietes "Gastroenterologie/Stoffwechsel" dar. So gelangten laut VDR-Statistik 1990 10.414 Patienten mit der Hauptdiagnose ICD 278 in die Rehabilitation (zum Vergleich: Diabetes mellitus insgesamt 9.160 Patienten).

Bei verschiedenen Krankheitsbildern des Indikationsgebietes "Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels" ist Adipositas ein ätiologisch und prognostisch wesentlicher Faktor, der deshalb eine hohe Therapierelevanz besitzt. Adipositas als Teilausdruck des hypermetabolischen Syndroms ist gleichermaßen bedeutsam bei Fettstoffwechselstörungen, bei Diabetes mellitus (Typ IIb) Hochdruckerkrankungen.

Entsprechend dem Ausprägungsgrad der Adipositas und dem diagnostischen Befund ergibt sich teilweise eine Überschneidung mit dem Indikationsgebiet der Psychosomatik. Dies betrifft insbesondere Patienten, bei denen die Fettsucht eher ein Ausdruck oder die Folge einer behandlungsbedürftigen Störung des Erlebens und Verhaltens darstellt.

Nach dem heutigen Stand der Therapieforschung wirft das Krankheitsbild der Adipositas sowohl hinsichtlich der Pathogenese, wie auch der adäquaten Diagnostik und Therapie noch immer eine Reihe von Fragen auf:

- Eine allgemein akzeptierte Definition der Adipositas fehlt ebenso wie eindeutige - wissenschaftlich belegte - Kriterien,

für welche Patienten, in welchem Ausmaß, mit welchen Therapiemethoden und welchen langfristigen Effekten eine Gewichtsreduktion sinnvoll ist.

- Eine zunehmend differenziertere Sichtweise der Adipositas legt im Kontext der Ätiologie nahe, Übergewicht nicht mehr einfach als bloße Folge von Überessen, sondern als Resultat mehrerer Determinanten zu sehen: Physiologische Aspekte, kognitive Strukturen, Verhaltensmuster, kulturelle Bedingungen, soziale Standards und Persönlichkeitsmerkmale spielen hierbei eine Rolle. Gleichwohl muß sich die Therapie der Adipositas an der langfristigen Reduktion der (im Vergleich zum individuellen Verbrauch) inadäquat hohen Kalorienzufuhr orientieren, was eine Modifikation grundlegender Ernährungsgewohnheiten erfordert.
- In der derzeitigen Rehabilitationspraxis kann man große Unterschiede in der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit, den Zugangsvoraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation sowie den therapeutischen Zielsetzungen und Behandlungskonzepten finden.

2. Diagnostik

2.1 Diagnostik vor der Rehabilitation

Vor der Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme ist eine gründliche diagnostische Abklärung erforderlich, durch die geklärt wird, ob die Adipositas im Einzelfall den Charakter einer behandlungsbedürftigen Krankheit darstellt (Hauptdiagnose), bzw. welche therapierrelevante Bedeutung sie als Begleitdiagnose besitzt. Im Vorfeld einer Rehabilitation ist es notwendig, die Frage zu klären, ob der Rehabilitand abnehmen kann und ob es medizinisch zweckmäßig und sinnvoll ist.

Zudem müssen gerade bei der Therapie der Adipositas vorab die Motivation und die individuellen Therapieziele des Patienten sehr sorgfältig erfaßt werden.

In den Vorbefunden sollten sowohl die somatischen Folgen (z. B. Stoffwechselstörung, Herz-Kreislaferkrankungen, Überbelastung des Stütz- und Bewegungsapparates), als auch die psychologischen Auswirkungen des Übergewichtes (z. B. Eßstörung, Depression, Selbstwertproblemetik, Angststörungen) beschrieben werden.

Momentan werden jedoch fast ausschließlich somatische Befunde bei Adipositaspatienten im Rahmen der Vordiagnostik erhoben, bzw. an die Rehabilitationsklinik mitgeteilt. Informationen zur individuellen Therapiemotivation, den Therapiezielen des Rehabilitanden sowie relevante psychosoziale Faktoren des Übergewichtes fehlen regelmäßig.

2.2 Diagnostik während der Rehabilitation

Die Diagnostik sollte beim Krankheitsbild der Adipositas stets multidisziplinär ausgerichtet sein und sich ergänzende medizinische, psychosoziale wie auch diätetische Maßnahmen umfassen.

- Die **medizinische Diagnostik** im engeren Sinne sollte sowohl bereits eingetretene Organschädigungen als Folge der Adipositas erfassen, als auch mögliche Risiken bezüglich Folgeerkrankungen darstellen. Hierzu ist ein breites Spektrum gastroenterologisch-internistischer Spezialuntersuchungen (z. B. klinisch-chemische Laboruntersuchungen, Elektrokardiographie, Gefäß-Doppler, Ultraschall, Röntgen, Endoskopie) vorzuhalten.
- Der **psychosozialen Diagnostik** kommt hier ein besonderer Stellenwert zu. Sie umfaßt neben einer detaillierten Verhaltens-

und Problemanalyse des Ernährungsverhaltens die Erhebung von psychologischen Bedingungs- bzw. Folgevariablen der Adipositas. Neben einer ausführlichen, explorativen Anamnese sollten auch psychologische Testverfahren zu Einsatz kommen. Dabei geht es um die Klärung therapierrelevanter Faktoren der Adipositas, wie z. B. Körperschemastörungen, Angst, Selbstwertproblematik, Depression oder auch psychosomatische Begleiterkrankungen.

- Eine qualifizierte **Ernährungsanamnese** die sowohl die Art, Menge, Zusammensetzung, Zeitpunkte wie auch Anlässe des Eß- und Trinkverhaltens umfaßt, ist naturgemäß bei der Behandlung der Adipositas von großer Wichtigkeit. Dies gilt auch für die Erstellung eines Ernährungsplanes. Hierbei sollte den individuellen häuslichen Bedingungen und Wünschen des einzelnen Patienten Rechnung getragen werden.

3. Therapie

Aufgrund der großen Heterogenität des Krankheitsbildes ergeben sich je nach dem Schweregrad und Krankheitstyp der Adipositas, wie auch der Person des Rehabilitanden, unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen.

Dies hat zur Folge, daß entsprechend dem Schweregrad der Adipositas, der Wichtigkeit der Gewichtsreduktion für den Rehabilitationsverlauf wie auch den diagnostischen Ergebnissen die Adipositastherapie entweder primär auf die Modifikation des Übergewichts (reine Adipositastherapie), auf eine Gewichtsreduktion im Rahmen der Therapie einer Grunderkrankung (z. B. für Typ IIb-Diabetiker) oder auf die Behandlung einer grundlegenden Störung des Erlebens und Verhaltens (psychosomatische Therapie) abzielt.

Die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der therapeutischen Bemühungen läßt es daher sinnvoll erscheinen, unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Behandlung verschiedener Formen der Adipositas anzubieten.

3.1 Therapieziele

Übergeordnetes Therapieziel der Adipositastherapie sollte die Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Problemlösestrategien sein, die es dem Patienten ermöglichen, langfristig und eigenverantwortlich abzunehmen. Dies setzt voraus, daß der Patient aktiv am Rehabilitationsprozeß teilnimmt, um entsprechende Selbstmanagementfähigkeiten für die Bewältigung seines täglichen Umgangs mit Ernährungssituationen erlernen zu können.

Passive Therapieverfahren, die häufig noch aus der Tradition der Kurmedizin stammen und nur eine kurzfristige, rasche Gewichtsreduktion zum Ziel haben, sind obsolet.

3.2 Therapieplan

Das multidisziplinäre Vorgehen bei der Behandlung der Adipositas macht die Erstellung eines gemeinsamen Therapieplanes und die Abstimmung der Therapieziele zwischen den verschiedenen beteiligten Abteilungen (Medizin, Psychologie, Diät, Bewegungs- und Physiotherapie etc.) notwendig.

Da das Therapieziel einer grundlegenden Modifikation von Ernährungsverhaltensweisen nur selten während eines stationären Rehabilitationsverfahrens erreicht werden kann, sollte der Therapieplan auch langfristige Ziele umfassen.

Bei der Gewichtsreduktion sollte zudem dem Veränderungsprozeß besondere Beachtung geschenkt werden, da in der Regel unterschiedliche Mechanismen für die Entstehung, die Gewichtsreduktion wie auch die Stabilisierung des Gewichtes verantwortlich sind. Faktoren, die zu Beginn einer Gewichtsreduktion bedeutsam sind, haben für Langzeiteffekte möglicherweise keine Relevanz.

3.3 Therapiemaßnahmen

- **Medizinische Maßnahmen** sollten in das Behandlungskonzept einer eher langfristig angestrebten Gewichtsreduktion integriert sein. So sollte beispielsweise bei Typ IIB-Diabetikern verhindert werden, daß durch zusätzliche medikamentöse Überstimulation der endogenen Insulinsekretion ein Hyperinsulinismus entsteht, der das Abnehmen erschwert. Eine langfristig erfolgreiche medikamentöse Behandlung der Adipositas erscheint derzeit nicht möglich.
- Hingegen ist die **Information** (z. B. über Formen der richtigen Ernährung) und **Schulung** (z. B. in Selbstkontrollverfahren) eine notwendige, wenngleich selten hinreichende Bedingung für eine langfristige Gewichtsreduktion. Notwendig ist ebenfalls eine ausführliche, ggf. individuelle Ernährungsberatung des Patienten.
- Neben diesen eher edukativen Maßnahmen müssen dem Patienten mannigfache Möglichkeiten zum systematischen Um- und Neulernen von **Verhaltensweisen** gegeben werden (z. B. Lehrküchenveranstaltungen, Büffetunterweisung), die mit dem Eßverhalten in Verbindung stehen.
- In speziellen, psychologisch geleiteten **Kleingruppen** muß dem Patienten schließlich die Gelegenheit gegeben werden, sein

bisheriges Ernährungsverhalten und funktionelle Zusammenhänge mit bestimmten Lebensbereichen zu reflektieren, eine Motivation zum langfristigen Abnehmen aufzubauen und alternative Einstellungen und Verhaltensstrategien bezüglich seines Eßverhaltens zu entwickeln.

- Zusätzlich sollten fakultative **psychotherapeutische Gespräche** und themenzentrierte Gruppen zum Thema Übergewicht angeboten werden.
- Ziel der **Bewegungstherapie** ist zum einen die Steigerung der körperlichen Belastbarkeit und das Lernen geeigneter Bewegungsprogramme, die im häuslichen Alltag eingesetzt werden können. Zum anderen soll durch geeignete therapeutische Maßnahmen das Erleben eines gesunden Körpergefühles ermöglicht werden.

3.4 Einbeziehung von Angehörigen

Die Therapie der Adipositas hat zumeist eine langfristige Modifikation grundlegender Ernährungsverhaltensweisen zum Ziel. Dies verlangt in der Regel auch Umstellungen in alltäglichen Lebensgewohnheiten und häuslichen Abläufen.

Deshalb ist die Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll, therapeutisch wünschenswert und auf lange Sicht die einzige Möglichkeit, das Eßverhalten in der Familie oder dem primären sozialen Umfeld zu ändern. Es sollte deshalb deutlich mehr Gewicht auf Angehörigenberatung und gegebenenfalls die Teilnahme des Partners in die Gruppentherapie gelegt werden. Gerade bei männlichen Patienten ist die Beteiligung des Partners häufig entscheidend dafür, ob die Umsetzung des neu Gelernten in den häuslichen Alltag gelingt.

4. Durchführung der Rehabilitation

4.1 Behandlungsdauer

Je nach Krankheitstyp, Grad und Ausprägung der Fettsucht sollte die Behandlungsdauer entsprechend dem Therapieplan flexibel von der Klinik festgelegt werden. Eine einheitliche 4-wöchige Behandlungsdauer ist gerade für das Krankheitsbild der Adipositas oft medizinisch nicht zu begründen, teuer und ineffektiv. Da die aktive Mitarbeit und Motivation des Patienten eine entscheidende Bedingung für den langfristigen Erfolg der Therapie ist, sollte auch die Möglichkeit gegeben sein, unmotivierte Patienten frühzeitig zu entlassen.

Intervallbehandlungen und/oder kurzdauernde Wiederholungsbehandlungen werden als äußerst sinnvoll erachtet und sollten erprobt werden.

4.2 Zuweisung

Folgende **Zuweisungskriterien** werden als sinnvoll erachtet:

- Patienten, bei denen medizinische Aspekte der Adipositasfolgen im Vordergrund stehen, sollten in spezialisierte internistische Fachkliniken zugewiesen werden.
- Patienten, bei denen primär verhaltensmodifikatorische Aspekte der Adipositastherapie wichtig sind, sollten in speziell darauf ausgerichtete, verhaltensmedizinisch orientierte Kliniktypen oder ambulante Therapiemöglichkeiten zugewiesen werden.
- Patienten, bei denen grundlegende, behandlungsbedürftige Störungen im Erleben und Verhalten ursächlich für die Entstehung bzw. das Aufrechterhalten der Adipositas sind, sollten eine

Zuweisung in hierfür spezialisierte, psychosomatische Fachkliniken erhalten.

- Bei Formen der Adipositas, die in einer therapierelevanten Verbindung zu anderen körperlichen Erkrankungen (z. B. bei Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes mellitus) stehen, sollte die Behandlung der Adipositas in die Grundtherapie sinnvoll integriert werden und eine Einweisung in eine dafür spezialisierte Rehabilitationsklinik erfolgen (z. B. Rheuma- oder Diabetes-Klinik).

5. Therapiekontrolle und Dokumentation

Bisherige Studien zur Behandlung der Adipositas weisen auf die Notwendigkeit langfristiger Behandlungsstrategien hin.

Stationären Therapiemaßnahmen können erst dann wirksam sein, wenn sich Folgemaßnahmen (ambulant/teilstationär) an die stationäre Behandlung anschließen. Von einer 2 - 4-wöchigen Therapie alleine kann nicht erwartet werden, daß sie zu Modifikation grundlegender Ernährungsgewohnheiten und einer langfristigen Gewichtereduktion über die nachfolgenden 10 - 30 Jahre führt. Eine solche Therapie kann nur der Beginn einer langfristigen Behandlung bilden, in deren Verlauf nicht selten mehrere Anschlußbehandlungen erfolgen müssen.

Diese könnten in Form von "Boostersessions" im Rahmen von Intervall- oder kurzdauernden Wiederholungsbehandlungen erfolgen. Die Förderung von Selbsthilfegruppen scheint als Ergänzung für viele Patienten gewinnbringend zu sein. Gerade bei ausgeprägter Fettsucht ist zudem die längerfristige Anbindung an ein Behandlungszentrum sinnvoll. Hierzu wäre es notwendig, adäquate ambulante oder teilstationäre Einrichtungen zu schaffen.

6. Ausstattung

Bei der Therapie der Adipositas ist ein multidisziplinäres Vorgehen sinnvoll. Dies setzt das Vorhandensein und ein befriedigendes Zusammenarbeiten verschiedener Berufsgruppen voraus.

Im personellen Bereich ist besonders auf eine angemessene Ausstattung mit psychosozialen Fachpersonal hinzuwirken, da die psychologische Gruppenarbeit mit Adipösen als eine zentrale Therapiemaßnahme angesehen wird.

7. Ambulante und teilstationäre Rehabilitation

Stationäre Formen der Adipositastherapie sind aufwendig und können allenfalls eine grundlegende "Lern- und Startfunktion" für eine langfristige Gewichtsreduktion sein. Es besteht deshalb die dringende Notwendigkeit, alternative Behandlungsmodelle zu erproben. Sinnvoll wäre die Behandlung der Adipositas in speziellen, verhaltensmedizinisch orientierten Kliniktypen und darüber hinaus die Schaffung von ambulanten oder teilstationären Therapiemöglichkeiten.

Dies dürfte eine bessere Umsetzung von therapeutisch sinnvollen längerfristigen Therapiekonzepten erlauben und im übrigen vermutlich auch nicht unerhebliche wirtschaftliche Vorteile bringen.

Teil III: Problemfelder der Rehabilitation bei Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen:
Schwerpunkte der Weiterentwicklung

1. Einleitung

Die Rehabilitation im Bereich der Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen befaßt sich vorwiegend mit chronischen, häufig verhaltensabhängigen Störungen/Krankheiten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, in der Rehabilitation in erster Linie eine Veränderung von gesundheits-/krankheitsbezogenen Verhaltensweisen, Einstellungen und Motiven anzustreben: Einerseits müssen bestehende Störungsbedingungen abgebaut werden. Andererseits erfordert die Adaptation und Kompensation chronischer Erkrankungen häufig das Erlernen unterschiedlicher Kenntnisse und Fähigkeiten zur Veränderung von Alltagsverhalten und -gewohnheiten, um eine umfassende praktische, psychische und psychosoziale Krankheitsbewältigung zu erreichen. Schließlich erfordern die skizzierten Ziele und Aufgaben der Rehabilitation, die sich beträchtlich von den Ansätzen der klassischen Kur unterscheiden, besondere Konzepte, Strukturen und Organisationsabläufe der Rehabilitation sowie angemessen qualifizierte Mitarbeiter. In allen angesprochenen Bereichen finden sich unterschiedliche Problemfelder, sie werden im folgenden aufgeführt.

Die Beratungen in der Projektuntergruppe 3 in den zurückliegenden zwei Jahren ließen eine Reihe von Problemen der gegenwärtigen Rehabilitation in diesem Indikationsgebiet erkennen, welche im wesentlichen diese drei Problembereiche betreffen. Diese Einschätzung der Arbeitsgruppe wurde in einer Befragung von 15 Rehabilitationskliniken für den Indikationsbereich "Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels" ("Teilerhebung 2") weitgehend bestätigt. Nachfolgend sind die wesentlichen Problemfelder der derzeitigen

Rehabilitation zusammenfassend beschrieben und es werden Ansätze zur Weiterentwicklung aufgezeigt.

2. Gestuftes System der Rehabilitation

2.1 Ambulante und teilstationäre Rehabilitation

Eine ambulante Rehabilitation im eigentlichen Sinne existiert derzeit nicht. Zwar gibt es für den Teilbereich Diabetologie seitens der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigungen erste Ansätze einer strukturierten Schulung für Typ II-Diabetiker durch Hausärzte; über deren Erfolg können aber noch keine Aussagen gemacht werden.

Eine kontinuierliche und umfassende ambulante Betreuung chronisch Kranker dieses Indikationsgebietes, wie sie offenbar teilweise in den ostdeutschen Ländern in Form von sogenannten Dispensaires erfolgte, existiert nicht. Es fehlen also in den alten Bundesländern Strukturen einer umfassenden ambulanten Rehabilitation. Gleichwohl muß man davon ausgehen, daß qualifizierte Schulung bei Diabetikern oder Adipösen, die im ambulanten Bereich durchgeführt wird und sich etwa hinsichtlich der Interdisziplinarität und der umfassenden Konzepte an den Erfahrungen aus dem stationären Reha-Bereich orientiert, im Sinne ambulanter Rehabilitation einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung leisten könnte.

Teilstationäre Rehabilitation wird in Form von Tages-, bzw. Nachtkliniken in Einzelfällen erprobt, ohne daß größere Erfahrungen bisher hiermit vorlägen. Diese Entwicklung sollte im Rahmen der Rentenversicherung aufgegriffen, gezielt erprobt und durch wissenschaftliche Begleitforschung evaluiert werden. Da hier ein Therapieangebot vorgehalten werden kann, das der stationären Rehabilitation

vergleichbar ist, sollten die Weiterentwicklungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet besonders gefördert werden.

2.2 Leistungsstufen der Rehabilitation

Die derzeitige Einteilung in Schwerpunktlinik, Kurklinik und Sanatorium entspricht weder der heutigen Realität, noch dem Bedarf nach stationärer Rehabilitation.

Im Bereich Gastroenterologie/Stoffwechsel genügt ein qualifizierter Kliniktyp, der - wie im Reha-Konzept (Teil I) beschrieben - "Rehabilitationsklinik" genannt werden sollte. Differenzierungen dieses Kliniktyps ergeben sich lediglich hinsichtlich der Diagnoseschwerpunkte (z. B. reine Diabetesklinik, reine "Leberklinik"), nicht aber hinsichtlich der sonstigen diagnostischen und therapeutischen Ausstattung, auch nicht hinsichtlich der Frage, ob Anschlußheilbehandlungen durchgeführt werden. D. h. die Durchführung von Anschlußheilbehandlungen sollte in diesem Indikationsbereich keinen besonderen Kliniktyp begründen ("AHB-Klinik"), sie sollte in jeder qualifizierten Reha-Klinik möglich sein.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Im Sinne der Qualitätssicherung muß sichergestellt sein, daß alle gastroenterologischen Rehabilitationskliniken apparativen und personellen Mindestanforderungen genügen (vgl. Teil I, Kap. 9) und z. B. entsprechende Untersuchungsfrequenzen erreichen. Die Belegung sollte an qualitätssichernde Maßnahmen geknüpft werden.
- (2) Für Patienten dieses Diagnosebereiches ohne bereits bestehende organische Schäden, bei denen es praktisch ausschließlich um Motivation, Information und Verhaltensänderung geht,

kann dagegen ein zweiter - verhaltensorientierter - Kliniktyp in Betracht kommen, wie dies auch für andere Diagnosegruppen diskutiert wird (vgl. Teil C, Abschnitt 2.2 und Anhang).

2.3 Nachsorge

Das Rehabilitationsergebnis ist in vielen Fällen auf lange Sicht unbefriedigend. Patienten die nach drei Jahren mit derselben Indikation in die Klinik erneut aufgenommen werden, sind fast regelhaft medizinisch in einem erneut verschlechterten Zustand, in der Rehabilitationsarbeit muß in diesen Fällen oft wieder "beim Stande Null" begonnen werden. Diese Aussage trifft vor allem für adipöse Patienten, für Typ II-Diabetiker und für Patienten mit Alkoholproblemen zu.

Die stationäre medizinische Rehabilitation wird deshalb wenigstens bei diesen Patientengruppen zu Recht so lange als fragwürdig angesehen, wie es nicht gelingt, eine strukturierte und durchgehende Nachsorge im ambulanten Bereich zu organisieren.

Die während der Rehabilitationsbehandlung eingeleitete, medizinische Langzeit-Therapie muß fortgeführt und die Umsetzung sozialmedizinischer Empfehlungen am Wohnort muß gesichert werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die Kooperation mit wohnortnahen Institutionen (Hausarzt, Selbsthilfegruppe, Betriebsarzt, Beratungsstellen u.a.m.) muß erheblich intensiviert und institutionalisiert werden.
- (2) Auch bedarf es kurzfristiger Wiederholungsschulungen, wenn während einer Rehabilitationsbehandlung umfangreiche Schu

lungsinhalte vermittelt wurden und der Patient diese Erkenntnisse nur unzureichend in seinen Alltag umsetzen konnte.

- (3) Schließlich könnte es für eine gezieltere Nachsorge sinnvoll sein, die Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen in relevanten Zahlen und in festzulegenden zeitlichen Abständen zurückzumelden. Die Nacherhebung leicht meßbarer Krankheitsindikatoren (z. B. HbA1c beim Diabetes-Patienten, Gewichtsverlauf beim Übergewichtigen) zur rechtzeitigen Diagnostik von Fehlentwicklungen und Rückfällen sollte deshalb erprobt werden. Eine derartige Rückkoppelung erscheint notwendig, würde sicherlich zu Selbstkritik und Qualitätsverbesserung führen und könnte die Arbeitsmotivation in der Rehabilitationsmedizin verbessern.

2.4 Regionalisierung und Wohnortnähe

Die wohnortnahe Rehabilitation ist bei verschiedenen Erkrankungen gegenüber einer wohnortfernen vorzuziehen, weil hier die Kontinuität, die Nähe zum sozialen Umfeld und eine leichtere Einleitung von Nachsorge möglich ist.

Jede Universitätsklinik, jedes größere Krankenhaus hat eine gewisse Ausstrahlung auf das umgebende Umfeld: Regelmäßige ärztliche Fortbildungen in der Region führen zum gegenseitigen fachlichen Kennenlernen, setzen im Laufe der Jahre gewisse Standards und ermöglichen persönliche Kontakte und fachlichen Austausch zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten und auch zwischen Krankenhäusern und anderen relevanten Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen). Patienten, die über Jahre gemeinsam von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten behandelt werden, verstärken diese Kontakte und profitieren wiederum davon.

Dieser Aspekt der intensiven regionalen Zusammenarbeit fehlt für die meisten Reha-Kliniken vollständig und ist Ursache für eine Vielzahl von Problemen innerhalb der medizinischen Rehabilitation.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Wohnortnahe Rehabilitation: Wenn auch bei einer großen Zahl von Reha-Kliniken eine Regionalisierung, vor allem wegen der Konzentrierung dieser Kliniken in Badeorten, nicht in Frage kommt, so sollte zumindestens für die Kliniken, bei denen sich für eine Regionalisierung eine Chance bietet, ein entsprechend wissenschaftlich überwachter, gezielter Erprobungsversuch durchgeführt werden (vgl. von Stetten 1989). Rehabilitanden aus dem regionalen Umfeld der Reha-Klinik sollten - auch von unterschiedlichen Kostenträgern - bevorzugt dieser Klinik zugewiesen werden.
- (2) Direkteinweisung: Es sollte modellhaft für ausgewählte Indikationen erprobt werden, in welcher Form Direkteinweisung vom niedergelassenen Arzt zur Rehabilitationsklinik erfolgen können und welche Ergebnisse sie bringen. Insbesondere sollte geprüft werden, wie dadurch die Kontinuität der Behandlung und die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und wohnortnahen Einrichtungen verbessert werden kann.

3. Einleitung und Vorbereitung der Rehabilitation

3.1 Unter- und Überinanspruchnahme

Die Zuweisungspraxis der Patienten mit gastroenterologischen oder metabolischen Leiden ist korrekturbedürftig. Für den angesprochenen Indikationsbereich spielen die Probleme der Überinanspruchnahme

("overuser") und Unterinanspruchnahme ("underuser", einschließlich der verspäteten Zuweisung) eine gravierende Rolle.

Die Gründe für die Unterinanspruchnahme oder eine verspätete Antragstellung zur Rehabilitation sind vielfältig: Zum einen steht bei vielen der behandelten Krankheitsbilder der Schmerz als Initial- und Warnsymptom nicht im Vordergrund, Funktionseinschränkungen treten oft erst spät ein. Zum anderen ist die gastroenterologische/metabolische Rehabilitation weniger bekannt und etabliert als die Rehabilitation in anderen Fachbereichen. Schließlich ist die Patienten-"Überweisung" in eine spezialisierte Rehabilitationsklinik für den Hausarzt bedeutend komplizierter als die Einweisung in eine gastroenterologische Krankenhausabteilung.

Gründe für eine unnötige Einweisung sind überkommene Vorstellungen der medizinischen Rehabilitation ("Kurerwartung"), aber auch eine falsche Bedeutungszuschreibung (Kur als soziale Erregenschaft an Stelle von Rehabilitation als Chance zur Genesung).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Grundsätzlich sollte Unklarheit über die Kostenübernahme nicht zu Verzögerungen bei der Einleitung einer Reha-Maßnahme führen. Bei ungeklärter Zuständigkeit sollte eine großzügige Auslegung der Vorleistungsmöglichkeiten erfolgen. Die abschließende Klärung über die Zuständigkeit sollte unabhängig von der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung möglich sein.
- (2) Verbesserungen könnten ferner durch intensivierte Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden, so daß Zielsetzungen und Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation bei niedergelassenen Ärzten und weiteren wesentlichen Institutionen besser bekannt sind.

- (3) Vgl. hierzu auch den Vorschlag zur Erprobung von Direkt-einweisung (Kap. 2.4).
- (4) Wichtig ist schließlich eine bessere Vorbereitung und Information der Rehabilitanden über Ziele und Inhalte der Maßnahmen.

3.2 Vorbefunde

Zur Bewertung gastroenterologischer Krankheitsbilder sind Untersuchungsergebnisse wie Ultraschallbefunde, Labordaten, Röntgen- und gastroenterologische Funktionsuntersuchungen, Operationsberichte u. a. unerlässlich. Oftmals reichen bloße Beschreibungen der morphologischen Veränderungen nicht aus.

Ein zu großer Teil des Arbeitseinsatzes wird derzeit dazu ver-(sch)wendet, die wichtigen Vorbefunde erst nach Eintreffen des Patienten anfordern zu müssen (besonders lückenhaft sind die Vorbefunde bei Anschlußheilbehandlungen!).

Weiterentwicklungsvorschlag:

Es ist zu erwägen, ob die Aufnahme in die Rehabilitationsklinik an eine Bereitstellung relevanter Vorbefunde gebunden wird und die Klinik erst dann einen Aufnahmetermin vergibt.

3.3 AHB-Verfahren

Die derzeit praktizierten Regelungen der AHB-Einweisungen sind sehr unterschiedlich (dezentral bei der BfA, zentral oder parallel mit der Klinik bei anderen Rentenversicherungsträgern). Die Beteiligung der Hauptverwaltung führt leicht zu Verzögerungen, zur Unübersicht

lichkeit des Verfahrens oder sie verhindert die Kontinuität der Rehabilitation. So erhält die Klinik in diesen Fällen häufig nicht das Original des AHB-Antrages mit den Informationen über den Patienten, sondern nur einen schlecht lesbaren Durchschlag.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Insgesamt erscheint das BfA-Verfahren überlegen. Denn nur bei direkten Verlegungen kommt "der richtige Patient" am schnellsten in die für ihn geeignete Rehabilitationsklinik.
- (2) Wünschenswert wäre eine Überarbeitung und eine laufende Anpassung des AHB-Verfahrens. So sollte z. B. eine Ausweitung der AHB-Verfahren für Patienten mit Lebererkrankungen angestrebt werden. Sie sind auch sinnvoll für Lebertransplantierte, Leberteilresezierte und Shunt-Operierte.
- (3) Eine orientierende Aufklärung der AHB-Patienten durch das Akutkrankenhaus über die zu erwartenden, dem Schweregrad der Erkrankung angepaßten rehabilitativen Maßnahmen wäre wünschenswert.
- (4) Um eine dem Krankheitsbild angepaßte Rehabilitation ohne zeitliche Verzögerung erzielen zu können, ist eine frühzeitige Übergabe der Krankenunterlagen aus dem Akutkrankenhaus notwendig.

3.4 Vorbereitung des Rehabilitanden

Eine ausreichende Vorbereitung der Rehabilitanden auf die stationäre Heilbehandlung findet in der Regel nicht statt. Überwiegend besteht zunächst eine falsche oder nicht angepaßte Erwartungshaltung. In erster Linie wird die Heilbehandlung unter der Vorstellung eines

Erholungsurlaubes angetreten. Diese Einstellung wird durch viele Hausärzte aufgrund ihrer Informationsdefizite unterstützt.

Infolgedessen sind die Rehabilitanden nur in geringem Maße motiviert, das Leistungsangebot der Rehabilitationsklinik anzunehmen. Eine Korrektur ihrer anfänglichen Einstellung zur Heilbehandlung ist mühsam und kostet sehr viel Zeit.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Verbesserungsmöglichkeiten ergeben sich zusammengefaßt in einer gezielteren Aufklärung von Arzt und Patient bzw. Rehabilitand sowie einer besseren Auswahl der einzuweisenden Patienten bezüglich ihrer Rehabilitationsbedürftigkeit.

4. Stationäre Rehabilitationskonzepte

Hierauf wird teilweise auch ausführlich im Allgemeinen Rehabilitationskonzept "Rehabilitation bei Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels" (Teil I) eingegangen, einige gravierende Probleme seien hier genannt:

4.1 Gesundheitsbildung

In der Teilerhebung 2 wurde gerade diese Problematik eingehend untersucht. In den befragten Kliniken finden sich eine ganze Reihe von gesundheitsbildenden Maßnahmen. Die Angebote gehen zum Teil erheblich über die standardisiert eingesetzten Vorgaben der Rentenversicherungsträger hinaus. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten gibt aber einen zusätzlichen Bedarf an gesundheitsbildenden Leistungen an. Dabei wird vor allem der Wunsch nach spezifischer Gruppenarbeit und Schulung für verschiedene Krankheitsbilder geäußert, während die

vorgegebenen, normierten Programme eher skeptisch beurteilt werden. In der Tendenz zeigen die Antworten, daß mehr Kleingruppenarbeit und mehr Praxisorientierung gewünscht werden, was auch von der Projektuntergruppe 3 unterstützt wird.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Der notwendigen Ausweitung von Gruppenarbeit und Schulungsmöglichkeiten steht derzeit vielfach ein Mangel an geeigneten Räumen und Personal entgegen. Um die Möglichkeiten zur Gesundheitsbildung besser nutzen zu können, muß insbesondere die personelle Situation im psychosozialen Bereich ausgebaut werden.

4.2 Psychosoziale Aspekte der Rehabilitation

Obwohl die Beurteilung der persönlichen, familiären und beruflichen Situation des Patienten sowie seiner Art des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung ein Spezifikum der Diagnostik im Rahmen der Rehabilitation darstellen sollte ("Funktionsdiagnostik statt Statusdiagnostik"), ist der momentane Stand der psychosozialen Diagnostik in hohem Maße defizitär und daher verbesserungswürdig. Bisher existieren nur Ansätze zu einer psychosozialen Diagnostik.

Aus den Aussagen der Teilerhebung 2 wird deutlich, daß Planstellen für Psychologen oder Sozialarbeiter/-pädagogen in Kliniken nicht selbstverständlich sind. So gibt es zumindest in jeder vierten der befragten 15 Kliniken keine Psychologenstelle und in 13 der 15 Kliniken keine Sozialarbeiterstellen. Weiterhin ist ersichtlich, daß die Aufgabenbereiche der Psychologen und Sozialarbeiter sehr unterschiedlich sind und nur selten systematische Konzepte vorliegen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Psychosoziale Aspekte sollten in der Standarddiagnostik aufgenommen werden.
- (2) Die zusätzliche Einstellung von Fachkräften erscheint notwendig.

4.3 Funktionsdiagnostik

Im Gegensatz zu vielen anderen Fachgebieten ist die Messung der Behinderung infolge einer chronischen Erkrankung der Verdauungsorgane oder des Stoffwechsels problematisch, weil keine quantifizierbaren Kenngrößen gewonnen werden können.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Da eine möglichst differenzierte und zuverlässige Beschreibung ("Objektivierung") der Behinderung eine relevante Aufgabe der Rehabilitationsmedizin darstellt, müssen dringend geeignete Meßinstrumente entwickelt werden. Eine Verbesserung der Leistungs- und Funktionsdiagnostik erfordert beträchtliche interdisziplinäre Bemühungen, um zu brauchbaren Ergebnissen zu gelangen.
- (2) Anzustreben wäre, daß zu Beginn und am Ende der Reha-Maßnahme eine Erhebung des Funktionsniveaus in psychischer, sozialer, beruflicher und somatischer Hinsicht erfolgt, um aus den Unterschieden Aussagen über den Erfolg der Rehabilitation ableiten zu können (vgl. Gerdes et al. 1991).

4.4 Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen

Die rehabilitationsmedizinische Aufgabenstellung konzentriert sich bisher überwiegend auf die Behandlung des Patienten während des stationären Aufenthaltes.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Es wäre häufig sinnvoll, das häuslich-familiäre Umfeld des Patienten mit einzubeziehen, beispielsweise bei Diabetes mellitus, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündungen und bei Patienten mit Anus praeter oder Stuhlinkontinenz, weil hier die Kenntnis von Verhaltensregeln auch für Angehörige unerlässlich ist. Immer dann, wenn Ernährungsverhalten für die Krankheitsbehandlung wesentlich ist und der Speiseplan nicht vom Betroffenen, sondern von einem Angehörigen erstellt wird, sind Aufklärung und Schulung dieser Angehörigen für einen langfristigen Behandlungserfolg unerlässlich.
- (2) Anzuregen ist dabei die Übernahme der Reisekosten für den Familienangehörigen durch den Träger der Rehabilitationsmaßnahme.

4.5 Sozialmedizinische Begutachtung, Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten

Übereinstimmend werden hier gravierende Defizite gesehen. Dabei können drei Problemebenen unterschieden werden: Erstens fehlen häufig relevante Vorbefunde und Anforderungsprofile für den Arbeitsplatz. Zweitens haben die meisten Ärzte in Rehabilitationskliniken zu wenig Kompetenz für arbeits- und sozialmedizinische Frage

stellungen und drittens gilt die Erfahrung, daß die Empfehlungen der Reha-Kliniken für eine Veränderung der Arbeitsplatzgestaltung im Anschluß an die Heilbehandlung nur selten tatsächlich berücksichtigt werden.

Eine gute sozialmedizinische Begutachtung basiert insbesondere auf der Bewertung der Leistungsfähigkeit. Eine solche Funktionsdiagnostik ist im Indikationsbereich "Verdauung und Stoffwechsel" bislang nicht etabliert (siehe auch Kap. 4.3).

Die sozialmedizinische Beratung innerhalb der Reha-Kliniken wird zwar in der Regel angeboten; dabei handelt es sich aber überwiegend um kurze Gespräche mit einem Reha-Berater der Rentenversicherungsträger. Dies reicht bei weitem nicht aus.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die Arbeit eines fest angestellten Sozialarbeiters oder Sozialpädagogen ist notwendig, der bereits während der Heilbehandlung die sozialen und beruflichen Probleme des Patienten - häufig in mehreren Gesprächen - aufarbeitet und mit dem Rehabilitanden Lösungsmöglichkeiten für die Zeit nach der stationären Reha-Behandlung vorbereitet.
- (2) Die Alkoholprobleme vieler Patienten in diesem Indikationsgebiet spielen eine zentrale Rolle in der notwendigen sozialen Beratung und sozialmedizinischen Beurteilung. Sie sollen stärkere Beachtung finden (vgl. Kap. 5.1.1).
- (3) Im übrigen sollten mehr Fortbildungsangebote für Reha-Kliniken in den Bereichen Sozial- und Arbeitsmedizin geschaffen werden, die Teilnahme von Reha-Ärzten in der Oberarzt- und Leitungsebene sollte verpflichtend sein.

- (4) Der Austausch mit Betriebs- und Arbeitsmedizinern der Region ist zu fördern, etwa durch regelmäßige Arbeitskreise oder "Workshops".

5. Durchführung der Rehabilitation

5.1 Multimorbidität

Innerhalb des Indikationsbereiches "Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels" gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Organdiagnosen, aber auch in großer Häufigkeit sekundäre Veränderungen in anderen Organsystemen. Daher ist die hier angesprochene Patientengruppe durch eine relativ große Heterogenität charakterisiert.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Die Konsequenz aus dieser Situation ist zum einen die Notwendigkeit eines breiten allgemein-internistischen, diagnostischen und therapeutischen Angebots mit zusätzlicher Spezialisierung des eigenen Fachgebietes, zum anderen muß die Möglichkeit einer Inanspruchnahme anderer Fachdisziplinen (z. B. Orthopädie, Neurologie, Ophthalmologie etc.) gegeben sein.

5.1.1 Alkohol als übergeordnetes Problemfeld bei Stoffwechsel- und Verdauungserkrankungen

Alkohol als Problem wird derzeit von Patienten, Ärzten, wie auch von den Versicherungsträgern erst dann als nennenswert angesehen, wenn die Sucht evident und eine entsprechende Entwöhnungsbehandlung indiziert ist. Dagegen tauchen Alkoholprobleme auch in den "allgemei

nen" Rehabilitationskliniken sehr häufig auf. Anlaß ist hier in der Regel eine Organschädigung, die offensichtlich im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch steht (z. B. nutritiv-toxischer Leberparenchymschaden). Die alkoholische Ursache wird jedoch selten als solche benannt, wobei möglicherweise ein gemeinsamer Verdrängungsmechanismus aller Beteiligten eine entscheidende Rolle spielt.

Nach den Erfahrungen der beteiligten Projektuntergruppenmitglieder (vgl. hierzu auch die Ergebnisse der Teilerhebung 2) finden sich in manchen Reha-Kliniken für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen ("Leberkliniken") etwa bei 30 - 50 % aller Patienten mehr oder weniger ausgeprägte alkoholbedingte Organschäden. Als Beispiele seien genannt: Toxischer Leberschaden bis hin zur Leberzirrhose, chronische Pankreatitis mit Diabetes I/II, exokrine Pankreasinsuffizienz, Zustand nach Whipple'scher Operation, periphere Neuropathie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas, arterielle Hypertension, toxische Kardiomyopathie, Malnutritionssyndrom, generalisierte Muskelatrophie, Arteriosklerose, Hirnatrophie, organisches Psychosyndrom, "Metabolisches Syndrom". Die hohe Rate der in den Rehabilitationskliniken dieses Indikationsbereiches erforderlichen Entgiftungen ist ein zwingender Hinweis auf die Bedeutung dieses Problemfeldes.

Die Organdiagnosen benennen nur die als organische Schäden im Vordergrund stehenden Symptome, sie werden aber seitens des Patienten, des Hausarztes, oft des Gutachters und leider oft auch seitens der Klinik als "anständig vorzeigbare Kulissen" benutzt, hinter denen das eigentliche, ursächliche Alkoholproblem versteckt bleibt.

Dabei ist es zunächst unerheblich, ob es sich um Alkoholmißbrauch - etwa bei dem gesellschaftlich weitgehend tolerierten Gewohnheitstrinker, der zwar unter Umständen massive körperliche Schäden, kaum jedoch psychische Probleme aufweist - handelt oder um manifeste Alkoholabhängigkeit - etwa bei sogenannten Problemtrinkern, bei denen

psychische Probleme oder soziale Schwierigkeiten durch Alkohol bekämpft werden und so zur Abhängigkeit geführt haben.

Wenn manifestes Suchtverhalten (dies gilt in gleicher Weise für Tablettenmißbrauch) nicht zum Störfaktor in der Klinik wird und disziplinarische Maßnahmen erfolgen müssen, wird das Problem häufig nicht erkannt, diskret übergangen oder jedenfalls nicht mit der notwendigen Konsequenz behandelt. Eine Verbesserung der auf Alkoholmißbrauch hinweisenden Laborwerte während des Aufenthaltes zeigt zwar, daß die symptomatischen Folgen des Mißbrauchs sich in dieser Zeit - bedingt durch die unvermeidbare Abstinenz - gemildert haben, dies wird jedoch noch viel zu häufig als Indiz für die Verbesserung der Grundproblematik mißverstanden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die Verdachtsdiagnosen "Alkoholmißbrauch" oder "Alkoholabhängigkeit" müssen in der Rehabilitationsklinik Konsequenzen für die Bestimmung der Rehabilitationsziele, des Rehabilitationsplanes und der einzelnen Therapiemaßnahmen haben. Die Rehabilitation muß sich - bei angemessener Behandlung der festzustellenden Organschäden - insbesondere auf die fachgerechte Thematisierung der Alkoholproblematik und die Motivierung zu den im Einzelfall notwendigen zusätzlichen Maßnahmen (z. B. Entwöhnung) richten. Allgemeine (Groß-)Gruppenseminare oder -vorträge sind in diesen Fällen wirkungslos. Zur Durchführung der erforderlichen und schwierigen Motivierungsarbeit sind entsprechend geschulte Mitarbeiter erforderlich.
- (2) Notwendig ist auf allen Ebenen, d. h. beim Hausarzt, beim Gutachter und in der Klinik eine Sensibilisierung für die Alkoholproblematik und ein sachgerechter, konstruktiver Umgang damit. Wenngleich gesellschaftliche, ggf. auch kulturelle Gründe für die beschriebene Verharmlosung von

Alkoholproblemen angenommen werden können, so muß dennoch darauf gedrängt werden, daß entsprechende Maßgaben durch die Leistungsträger für Gutachter und Klinikärzte zu einem offensiven ("ungeschminkten") Umgang mit diesem Thema erste Veränderungen einleiten.

Wichtig dürften darüberhinaus auch regelmäßige Fortbildungen zu diesem Thema sein. Diesbezügliche Angebote sollten organisiert werden.

- (3) Dies bezieht sich zunächst auf eine adäquate Diagnostik (wobei der geschilderte Etikettenschwindel unterbleiben muß). Denn eine klare diagnostische Zuordnung kann beim Hausarzt oder beim Gutachter in Fällen gesicherter Abhängigkeit und wenig ausgeprägten körperlichen Schäden bereits zu einer entsprechend richtigen Weichenstellung in eine (ambulante oder stationäre) Entwöhnungsbehandlung führen. Sie kann in der Rehabilitationsklinik wichtige Hinweise für die notwendigen Aufgaben in der Rehabilitation geben.
- (4) In den Rehabilitationskliniken muß in Fällen, in denen Alkoholprobleme etwa aufgrund von Verhaltensbeobachtungen während des Aufenthaltes oder aufgrund "einschlägiger" Laborbefunde vermutet werden, eine eingehende Abklärung der zugrunde liegenden Problematik erfolgen. Eine diesbezügliche Diagnose muß im Entlassungsbericht auf Blatt 1 aufgeführt werden.
- (5) Sofern erforderlich, muß eine nahtlose Verlegung in eine Suchtfachklinik möglich sein.
- (6) Unabhängig davon erscheint für die Rehabilitationskliniken die regelmäßige und intensive Zusammenarbeit mit einer erfahrenen ambulanten Suchtberatungsstelle empfehlenswert.

- (7) Neben den inhaltlichen, strukturellen und personellen Konsequenzen muß in der Klinik die entsprechende Weichenstellung für die Fortführung angemessener rehabilitativer Maßnahmen in der Nachsorge erfolgen. Hierzu zählen neben der ehrlichen und klaren diagnostischen Einordnung (ICD 303 oder 305, ggf. 304) auch praktische Konsequenzen, wie Anbindung an eine ambulante Beratungsstelle, an eine Selbsthilfegruppe oder die Vorbereitung einer Einweisung in eine entsprechende stationäre Entwöhnungsbehandlung im Anschluß an den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik für Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels.
- (8) Bei geklärter Alkoholabhängigkeit sollte eine erneute Rehabilitationsmaßnahme nur in Suchtfachkliniken gewährt werden.

5.1.2 Adipositas

Bei vielen Patienten dieses Indikationsbereiches ist als Haupt- oder Nebendiagnose Adipositas ("Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung", ICD 278) zu diagnostizieren. Bei verschiedenen Krankheitsbildern (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen) ist Adipositas ein pathogenetisch und prognostisch entscheidender Faktor. Die langfristige Behandlung des Übergewichtes ist somit für diese Patienten bedeutsam. Adipositas wird im Rahmen der momentanen Rehabilitationspraxis jedoch häufig nicht adäquat behandelt.

Daneben erscheint die jetzige Praxis der Zuweisung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD 278 oft eher willkürlich. Einheitliche Indikationskriterien für adäquate Behandlungsmaßnahmen fehlen offenbar.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Moderne Behandlungsansätze sollten weniger die kurzfristige Gewichtsreduktion zum Ziel haben, als vielmehr dem Patienten eine Unterstützung anbieten, langfristig und selbstverantwortlich in seinem häuslichen Alltag sein Gewicht zu reduzieren und zu stabilisieren. Dies setzt die aktive Mitarbeit des Patienten voraus. Neben Motivation, Information und Schulung des Patienten ist die Einbeziehung von verhaltensmodifikatorischen Elementen in die Adipositas-therapie notwendig. Die therapeutischen Konzepte sollten mehr als bisher langfristige Erwägungen berücksichtigen (siehe Teil II.7).
- (2) Gerade für Adipositas-Patienten ohne gravierende organische Störungen scheint die Konzeption von primär verhaltensmedizinisch ausgerichteten Rehabilitationskliniken zweckmäßig.
- (3) Ferner erscheint gerade für dieses Indikationsgebiet die Entwicklung neuer Rehabilitationsformen im ambulanten und teilstationären Sektor, die Möglichkeit zur Flexibilisierung der Behandlungszeiten und zur Einführung von Intervallbehandlungen wünschenswert.
- (4) Eine Verbesserung der Zuweisungskriterien sollte sich an den Vorschlägen in Teil II.7 orientieren.

5.2 Bewilligungszeiten und Behandlungsdauer

Probleme sehen etwa die Hälfte der befragten Kollegen dieses Fachbereiches in der Teilerhebung 2 hinsichtlich der konstanten Beibehaltung einer vierwöchigen Behandlungsdauer. Sie sprachen sich einhellig dafür aus, daß die Behandlungsdauer durch die Rehabilitationsklinik festzulegen und flexibel zu handhaben sei.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Eine verordnete, vierwöchige stationäre Behandlung für alle Patienten aus dem gastroenterologischen Indikationsbereich ist medizinisch nicht zu begründen. Die angemessene Behandlungszeit hängt im Einzelfall von Krankheitsbild, Schweregrad und Patientencompliance ab und sollte daher (auch aus Kostengründen!) von der Klinik festgelegt werden. Zumindest bei trägereigenen Kliniken sollte daher eine Verlängerung und auch eine Verkürzung ohne ausführliche Begründung möglich sein. Bei Belegkliniken sollte eine Veränderung der vorher festgelegten Behandlungszeiten ohne größeren Verwaltungsaufwand, in Absprache mit den Kostenträgern, möglich sein.

- (2) Zur Optimierung rehabilitativer Behandlungskonzepte sind neben der Flexibilisierung möglicher Behandlungszeiten sogenannte **Etappen- und Kurzheilbehandlungen (Intervallbehandlungen)** wünschenswert. Krankheiten, bei denen Verhaltensmodifikationen von ausschlaggebender Bedeutung sind (z. B. Diabetes mellitus, Adipositas, alkoholische Organerkrankungen etc.) bedürfen eher wiederholter stationärer Therapien, deren Dauer jeweils weit unter vier Wochen liegen kann. Derartige "Etappenheilbehandlungen" sollten nach entsprechender Anregung durch die Rehabilitationsklinik ohne erneute Antragsstellung und Begutachtung in Intervallen von 1/2 bis einem Jahr möglich sein. Sie sollten je nach Schwerpunkt 1-3 Wochen dauern.

5.3 Kooperation

5.3.1 Kooperation mit Krankenkassen

Die derzeitigen Möglichkeiten, Leistungen im Grenzbereich zur

Zuständigkeit der Krankenversicherung im notwendigen Umfang während der Rehabilitation einzuleiten oder zu verordnen, sind beträchtlich erschwert. Dies betrifft z. B. Hilfsmittel, Überweisung zu Gebietsärzten, Einweisung in ein Krankenhaus, Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und Nachsorgeleistungen. Hier sollten praktikable Lösungen entwickelt werden, etwa vereinfachte "Versorgungsmöglichkeiten".

5.3.2 Krankenhäuser

Im Rahmen des AHB-Verfahrens ist die Informationsübermittlung an die AHB-Klinik oft unvollständig und verspätet. Der Wissensstand der Akutkrankenhäuser über die AHB-Klinik ist unzureichend, sowohl im Hinblick auf die Indikation als auch auf das Leistungsangebot der AHB-Klinik. Eine Kooperation mit den umliegenden Krankenhäusern (außerhalb des AHB-Verfahrens) findet oft nicht statt.

5.3.3 Niedergelassene Ärzte

Eine Kontaktaufnahme zu den Hausärzten der Patienten wird immer dann erforderlich, wenn es sich um einen komplizierteren Verlauf handelt oder z. B. um neu gestellte Diagnosen. Häufig ist es sinnvoll, Empfehlungen für weitere Diagnostik zu geben oder für die Fortsetzung einer in der Rehabilitationsklinik begonnenen Therapie. Das Echo der Hausärzte ist in der Regel als positiv zu bezeichnen.

Daß auch niedergelassene Ärzte eher selten zu Rehabilitationsmaßnahmen anregen, liegt wohl ebenfalls in ihrer weitgehenden Unkenntnis einer "echten" Rehabilitation. Nur allzu oft werden bekanntlich die Begriffe "Kur" und "stationäre Rehabilitation" aus Unkenntnis synonym gebraucht.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Natürlich sind die Möglichkeiten zu persönlichen telefonischen Kontaktaufnahmen schon allein aufgrund zeitlicher Probleme begrenzt. Eine Verbesserung der Befundübermittlung ist somit allein auf schriftlicher Basis durch einen möglichst prägnanten Arztbericht zu erzielen. Dies wiederum ist nur zu erreichen durch eine Verbesserung der Kompetenz der Assistenzärzte.

5.3.4 Betriebe und Betriebsärzte

Eine Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahme auf spezielle Anforderungen am Arbeitsplatz ist in Gastroenterologie und Hepatologie nur selten möglich. Empfehlungen für innerbetriebliche Umsetzungen bzw. Einflußnahme auf die berufliche Wiedereingliederung wären zwar wünschenswert, sind aber ohne überzeugende Resonanz bei den Betriebsärzten und im übrigen auch schwer überprüfbar.

5.3.5 Kooperation mit dem Kosten-/Leistungsträger

Die Umsetzung des beschriebenen Rehabilitationskonzeptes erfordert Gestaltungsspielräume und Flexibilität. Die Strukturen im Verhältnis der Kliniken zu den Trägern lassen dies allerdings häufig nicht zu.

In den letzten Jahren haben sich bei den Reha-Trägern Erweiterungen der Verwaltungszuständigkeiten entwickelt, und es entsteht der Eindruck, daß Entscheidungskompetenzen für den klinischen Rehabilitationsbereich zunehmend von Medizinern auf Verwaltungsfachleute verlagert wurden. Die Kooperation mit ärztlichen Ansprechpartnern bei den Hauptverwaltungen ist nicht selten erschwert, weil Zuständigkeiten für Außenstehende unklar und Verwaltungsabläufe wenig transparent sind.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kliniken und Trägern sind Veränderungen in Richtung auf klare Zuständigkeiten und Offenheit über die Entscheidungsprozesse dringend erforderlich. Bei fachlichen Fragestellungen muß ärztlicher Sachverstand angemessen berücksichtigt werden. Für die Beratung medizinischer Fragen der Reha-Kliniken sollten verantwortliche ärztliche Ansprechpartner bei den Trägern zur Verfügung stehen.

5.3.6 Kooperation mit dem Kostenträger als Klinikträger

Eine Reihe von Problemen ergeben sich derzeit bei rentenversicherungs-eigenen Kliniken durch die Tatsache, daß die Klinikverwaltung in wesentlichen Bereichen von der jeweiligen zentralen Verwaltung des Rentenversicherungsträgers wahrgenommen wird. Schwierigkeiten ergeben sich daraus sowohl für die therapeutischen Arbeit als auch für die Organisation des gesamten Klinikbetriebes.

Es ist eine Binsenweisheit der Organisations- und Verwaltungswissenschaft, daß zentrale Verwaltungen nur insoweit ihre Berechtigung haben, als sie dazu beitragen, daß gleichgeartete organisations-oder verwaltungstechnische Aufgaben möglichst effizient, d. h. rasch, sinnvoll und kostensparend durchgeführt werden können. Die Aufgaben und Kompetenzen einer zentralen Verwaltung des Rentenversicherungsträgers und die Aufgaben und Problemstellungen einer Klinikverwaltung unterscheiden sich jedoch so stark voneinander, daß eine gemeinsame, gleichgerichtete Organisation nach gleichen Grundsätzen und Ablaufstrukturen regelmäßig zu Nachteilen führen muß.

Die deutlich gewachsene Professionalisierung in der Organisation größerer Einrichtungen, wie sie Reha-Kliniken darstellen, verlangt in diesem Sinne nach ausreichender Autonomie der entsprechenden Ein

richtung. Nur bei einem angemessenen Verantwortungsspielraum können ausreichend qualifizierte Mitarbeiter in der Verwaltung einer Organisationsstruktur entsprechend der Zielen der Organisation sachgerecht entscheiden.

Vergleichbares gilt für den ärztlichen Bereich: Ärztliches Handeln und der therapeutische Umgang mit Menschen verlangen häufig schnelles und nicht immer risikofreies Handeln. Für die ärztliche Tätigkeit sind dann Freiräume für situationsbedingtes Handeln vorzusehen. Ärztliche und ärztlich verantwortete therapeutische Tätigkeit darf nicht durch eine zu starke Einflußnahme des Trägers auf die Klinik eingeengt werden.

Die geringe Autonomie trägereigener Kliniken führt daneben bei wesentlichen Entscheidungsprozessen zu ungebührlich langen Verzögerungen und unflexiblen Ergebnissen. Ein Beispiel dafür ist die häufig sehr lange Dauer von Einstellungsverfahren. Ein anderes Beispiel sind die völlig unzureichenden finanziellen Spielräume der Kliniken für Anschaffungen im Rahmen des festgelegten Jahresetats.

Auf ein anderes Problem in diesem Kontext sei schließlich aufmerksam gemacht, auch wenn dafür kein Lösungsvorschlag zur Verfügung steht: Der bedingte Widerspruch von Leistungsprinzip und Arbeitsplatzsicherheit. Eine weitere Schwierigkeit in der Trägerschaft der Rentenversicherer liegt oft in einer zu geringen Förderung des Leistungsprinzips. Dies betrifft zum einen die verschiedentlich fehlenden Leistungsanreize für Weiterqualifikationen. Zum anderen darf das an sich begrüßenswerte Prinzip der Arbeitsplatzsicherheit im öffentlichen Dienst den berechtigten Forderungen nach Erfüllung des Leistungsprinzips nicht nachstehen.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Wenn es darum gehen soll, in den trägereigenen Kliniken fachliche

Kompetenz, therapeutische Effektivität und Flexibilität zu erhalten sowie zu verbessern, und darüber hinaus Motivation und Qualifikation bei den Mitarbeitern zu steigern sowie eine Identifikation mit der Aufgabe zu verstärken, so scheint eine grundlegende Weiterentwicklung der Strukturen im Verhältnis der Träger zu ihren "Außenbetrieben(!)" unumgänglich. Insgesamt zielen die bisherigen Überlegungen auf eine weitgehende Verselbständigung der trägereigenen Kliniken (wie es auch von den Arbeitsbereichen 1 und 5 vorgeschlagen wird).

Bei einer gegenüber der derzeitigen Situation deutlich ausgebauten betrieblichen Eigenständigkeit der trägereigenen Kliniken dürften sich insbesondere die für Ablauf und Organisation wesentlichen Entscheidungsprozesse beträchtlich verkürzen lassen. Die betriebliche Eigenständigkeit muß in erster Linie auch die Möglichkeit zur Einstellung von Mitarbeitern sowie Fachaufsicht und Disziplinalgewalt umfassen. Lediglich bei der Besetzung von Stellen, die das Konzept der Klinik wesentlich mittragen, sollte der Konsens mit dem Träger erforderlich sein (Leitende Ärzte, Verwaltungsleiter, Pflegedienstleitung).

5.4 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Gerade die Verwaltungen der Leistungsträger verpflichten mit hoher Intensität und zu Recht ihre Mitarbeiter auf den Datenschutz.

Es bestehen jedoch Bedenken, inwieweit die üblichen Verfahren des Datenaustausches zwischen den Trägern erforderlich und sinnvoll sind, ob eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und damit auch des Datenschutzes tatsächlich konsequent und durchgehend vermieden wird.

5.5 Qualitätssicherung

In stärkerem Ausmaß als bisher sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf allen Ebenen des Rehabilitationsprozesses erforderlich. Die Evaluation langfristiger Behandlungsverläufe bildet hier einen Ausgangspunkt.

6. Der Arzt in der Reha-Klinik - Status der Reha-Ärzte

Unverändert gelten in der Öffentlichkeit und vor allem in der medizinischen Öffentlichkeit ärztliche Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation und insbesondere Leitungspositionen als wenig attraktiv: Denn einerseits ist das Image nach wie vor von der herkömmlichen Kurmedizin mitbeeinflusst, andererseits besitzt die rehabilitationsspezifische Behandlung der chronisch Kranken bisher weder als Lehrinhalt in der medizinischen Ausbildung, noch in der ärztlichen Weiterbildung einen relevanten Stellenwert. In diesem Zusammenhang wirken sich auch die in der Regel nur maximal zweijährigen Zeiten oder Weiterbildungsermächtigungen negativ aus.

Freiwerdende Stellen für höher qualifizierte Mitarbeiter in Rehabilitationskliniken können wegen ihrer geringen Attraktivität, wegen der Aussicht auf fehlende Entfaltungsmöglichkeiten und Karrierechancen in der Konsequenz nur selten mit qualifizierten Bewerbern besetzt werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Eine generelle Qualifizierung der medizinischen Rehabilitation ist anzustreben, siehe auch Kap. 5.5.
- (2) Die berufsbegleitende Qualifizierung der Mitarbeiter ist durch die Träger zu fördern.

- (3) Ebenfalls sollten wissenschaftliche Vorhaben von Mitarbeitern unterstützt werden.

7. Öffentlichkeitsarbeit

Es besteht beträchtlicher Nachholbedarf, die Arbeit der Rehabilitation im Bereich der Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels im allgemeinen und speziell in der Ärzteschaft darzustellen. Selbstverständlich muß diese Öffentlichkeitsarbeit von den Kliniken ausgehen. Breitestmögliche - auch finanzielle - Unterstützung durch die Träger ist eine notwendige Voraussetzung.

Öffentlichkeitsarbeit ist von Werbung im Einzelfall schwer abgrenzbar. Berührungspunkte sollten zugunsten einer aktiven Information über Rehabilitationsziele und -möglichkeiten zurückstehen. Professionelle Werbeagenturen sollten in diese Tätigkeit miteinbezogen werden können.

8. Rehabilitationsforschung

In den Rehabilitationskonzepten ist mehrfach ein erheblicher Nachholbedarf an rehabilitationsspezifischer Forschung deutlich gemacht worden. Denn von guten und fundierten Forschungsergebnissen hängt die Qualität der rehabilitativen Arbeit und auch die Außenwirkung der Rehabilitationskliniken ab.

9. Resümierende Betrachtung

In der gastroenterologischen Rehabilitation besteht derzeit eine große Diskrepanz zwischen den theoretischen Möglichkeiten und der Versorgungspraxis. Einerseits liegen große Defizite im personellen

Bereich, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Andererseits finden sich Defizite in der Gestaltung der Rehabilitationskonzepte und einer adäquaten Struktur der rehabilitativen Versorgung. Wenn es nicht gelingt, die Arbeitsplatzattraktivität für qualifizierte Mitarbeiter zu erhöhen, ist zu befürchten, daß die Kritiker der Rehabilitation mit dem Vorwurf der schlechten Kosten/ Nutzen-Relation Recht behalten werden.

Die oben beschriebenen Problemfelder der medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels dürften teilweise auch für andere Indikationsbereiche in ähnlicher Weise zutreffen.

Die Mitglieder der Projektuntergruppe 3 halten eine Reihe von Veränderungen für dringend erforderlich. Diese sollten im Austausch mit Vertretern der Verwaltung auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen angestrebt werden.

10. Literatur

Sturm, Jochen & Zielke, Manfred: Chronisches Krankheitsverhalten. Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1, 1988, S. 17-27.

Gerdes, Nikolaus, Jäckel, Wilfried H. & Fliedner, Theodor M.: "IRES" - Ein Fragebogen zur Messung von Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationserfolg. Mitteilungen der LVA Württemberg 1991, 83(3), S. 72-77.

von Stetten, Dietz: Die Behandlung chronisch Kranker im Rahmen der Rentenversicherung. Modell zur Verbesserung der klinisch-stationären Rehabilitation und zur Steigerung der Rate "Reha vor Rente", dargelegt am Beispiel der Diagnosengruppen Stoffwechsel, Gastroenterologie, Endokrinologie. Prävention und Rehabilitation 1/1989, S. 3-11.

