

Rehabilitation in aller Munde

KD Dr. med. Marcel Weber

FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, Thalwil
für den Vorstand der Rehabilitationsfachärztinnen und -ärzte

Rehabilitation ist in den vergangenen 20 Jahren ebenso zum Schlagwort für ganzheitliche Patientenbetreuung wie auch für eine fortschrittliche Gesundheitspolitik geworden und beansprucht einen Podestplatz in der evidenzbasierten Medizin. Der entscheidende Fortschritt der letzten 20 Jahre betrifft jedoch das allgemeine Verständnis von Rehabilitation und ihrem gesellschaftlichen Nutzen, das Denken in Kategorien wie Funktionalität mit Aktivitäten und Partizipation und die evidenzbasierte, wissenschaftliche Vorgehensweise.

Wachsende Bedeutung der Rehabilitation

Während seit dem Mittelalter sowohl die Bädertherapie als Jungbrunnen und unspezifisches Allerwelts-Heilmittel wie auch die Badeorte als gesellschaftlicher Treffpunkt bedeutsam waren, hat sich die moderne Rehabilitation die umfassende, evidenzbasierte Behandlung des Menschen auf die Fahne geschrieben. Diese Entwicklung ergab sich einerseits dank der salutogenetischen Ansätze in der Medizin und andererseits dank eines die Funktionen und weniger die Krankheitsdiagnosen betrachtenden Zugangs. Ausgangspunkt war die auf dem biopsychosozialen Modell basierende, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2001 verabschiedete «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) (Abb. 1).

Die Rehabilitation umfasst in der Schweiz einen bedeutenden Teil des Gesundheitswesens, 13–14% der Bevölkerung leiden an einer Behinderung. So wurde in diesem Bereich in fünf Jahren (2012–2017) ein Zuwachs der Hospitalisierungstage um ein Drittel verzeichnet; insgesamt sind es jährlich zwei Millionen Tage, entsprechend 17% aller Hospitalisierungstage. Die Betreuung erfolgte durch 5600 Vollzeitäquivalente, eine Hauptdiagnose ist im Durchschnitt mit sechs Nebendiagnosen verbunden, 82,1% der Patientinnen und Patienten konnten wieder nach Hause entlassen werden. Die stationäre Rehabilitation verursachte im Jahr 2017 Kosten in Höhe von 1,84 Milliarden Franken; sie umfasste damit 9,8% der Gesundheitsausgaben für die gesamte stationäre Spitaltätigkeit [1]. Es ist deshalb folgerichtig, dass die WHO mit «Rehabilitation 2030: A Call for Action» einen aktualisierten Aktionsplan lanciert hat [2].



Marcel Weber

Rehabilitation für Funktionserhalt und -wiederherstellung

Die Entwicklung der Rehabilitation in den vergangenen 20 Jahren betraf nicht nur neue therapeutische Möglichkeiten, sondern führte zu einem generellen Umdenken. Rehabilitation ist definitiv kein Erholungsaufenthalt nach einer Operation und nicht nur ein aufwendiger Weg, um die Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen, sondern umfasst jegliche Bemühungen mit dem Zweck der Verbesserung der beeinträchtigten Funktionsfähigkeit. Da die Funktionalität nicht durch eine einzelne Struktur gewährleistet wird, sondern stets aus einem Zusammenspiel verschiedener Komponenten hervorgeht, ist jedes rehabilitative Vorgehen auf interdisziplinäre und interprofessionelle Therapieangebote angewiesen. Diese waren bisher klassischerweise nur in Kliniken gegeben. Die Schweiz verfügt über ein hervorragendes Netz ausgewiesener Rehabilitationskliniken, die traditionellerweise in der Nähe von Thermalquellen gebaut worden waren. Dem Bedürfnis und dem Kostendruck entsprechend wurden in den letzten Jahren wohnortnahe und auch ambulante Rehabilitationsangebote auf- und ausgebaut. Dies zeigt die Bemühungen, dass Rehabilitation allen Menschen zugutekommen soll, die an einer Behinderung leiden.

Die Beschleunigung in allen Bereichen der Medizin hat auch die Rehabilitation erreicht, deren Einsatz akuter stattfindet. Die Einführung der Fallpauschalen am Akutspital 2013 hat diese Entwicklung deutlich gemacht, aber auch dank neuer Operationstechniken können Patientinnen und Patienten inzwischen früher vom Akutspital in die Rehabilitationsklinik übertreten. Die Betroffenen profitieren davon, da eine mög-

lichst frühzeitige funktionelle Förderung zu besseren Langzeitergebnissen führt.

Zudem haben sich neben der klassischen muskuloskeletalen und postoperativen Rehabilitation neue Fachbereiche wie die geriatrische oder die onkologische Rehabilitation entwickelt und differenziert. Der multidisziplinäre Zugang, wie er in der Rehabilitation gelebt wird, bewährt sich ausgezeichnet bei den zu Behandelnden, die immer häufiger von Polymorbidität und Polypharmazie betroffen sind.

Das WZW-Prinzip (wirksam – zweckmässig – wirtschaftlich) greift auch in der Rehabilitation, sodass in den Schweizer Rehabilitationskliniken flächendeckend ein Qualitätssystem aufgebaut wurde, das Angebote und Leistungen vergleichbar macht und den Therapieerfolg misst. Diese Qualitätsdokumentation schliesst unmittelbar an die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Arbeiten an, in denen es zunehmend glückt, mit modernen Test- und Scoring-Systemen die vielfältigen Aspekte der Rehabilitation einzufangen und deren Zweckmässigkeit wissenschaftlich zu belegen – einschliesslich ihrer Wirtschaftlichkeit für verschiedene Patientengruppen und Rehabilitationsarten [3, 4]. Seit der Einführung der ICF ist die Rehabilitation zu einer evidenzbasierten Disziplin geworden. Sowohl für die kardiale wie auch für die pulmonale Rehabilitation konnten Nutzen- und Kosteneffizienz auch für ambulante Rehabilitationsprogramme überzeugend belegt werden.

Selbstverständlich ist die Rehabilitation auch um viele neue Einzeltherapieangebote bereichert worden. Aus der Vielfalt neuer Therapiemodalitäten seien hier stellvertretend einige herausgegriffen. So hat der Einsatz von Botulinumtoxin in der Neurorehabilitation die früher kaum beherrschbaren Kontrakturen der Skelettmuskulatur behandelbar gemacht und die Funktionsfähigkeit bei Spastik und Dystonie entscheidend verbessert.

Eine optimierte Ernährung im Sinn der gesamten Energiezufuhr einerseits sowie einer adäquaten Proteinzufuhr mit anaboler Potenz andererseits hat speziell in der geriatrischen Rehabilitation einen entscheidenden Einfluss auf den Gang und die Koordination der Patientinnen und Patienten und damit auch auf ihre Selbstständigkeit.

Das Wissen über den Einfluss von Bewegungsübungen auf Myokine, die direkt auf die glatte Muskulatur einwirken und die verminderte Haltekraft, beispielsweise aufgrund von Ruhigstellung oder Mindergebrauch bestimmter Muskeln, wieder zu restituieren helfen, ist bei Morbus Alzheimer – einschliesslich der neurokognitiven Effekte – inzwischen etabliert [5]. Auch der Paraplegiologie haben die modernen Technologien einen rasanten Schub bereitet. Die funktionelle Elektrostimulation (FES) bei innervierter und denervierter Muskulatur wurde vor knapp 30 Jahren eingeführt. Ihre elektrischen Impulse wirken anstelle von Nervenreizen auf die Muskeln ein, sodass Kontraktionen entstehen. Dieses Prinzip wird in der Robotik umgesetzt [6]. Exoskelette (Exos) und Softexos wurden entwickelt und gehören heute bereits teilweise zur Routine. Auf diesem Gebiet ist für die nächste Zukunft ein weiterer Fortschritt zu erwarten, der die Paraplegiologie revolutionieren wird. Aber auch «Exergames», «Virtual Reality» (VR) und «Augmented Reality» (AR) werden erfolgreich angewendet.

Technischer Fortschritt und Umdenken in der Politik

Der Gedanke der Funktionalität anstelle des klassischen Diagnosedenkens wird vor allem von der WHO durch die Einführung der ICF-Nomenklatur und den aktuellen Plan «Rehabilitation 2030: A Call for Action» konsequent umgesetzt und sollte unbedingt stärkeren Eingang in das Selbstverständnis von Medizinerinnen und Medizinern, aber auch von Politikerinnen und Politikern finden. Er ist Grundlage dafür, dass auch die ambulante Rehabilitation wohnortnah umgesetzt und die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen verbessert werden kann. Zudem wird die technische Entwicklung, unterstützt von Forscherteams an den technischen Hochschulen (etwa die ETH), die Paraplegiologie sicher weiter revolutionieren.

Disclosure statement

Der Autor hat deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.08951>.

Korrespondenz:
 KD Dr. med. Marcel Weber
 Schweizerische Gesellschaft
 für Physikalische Medizin
 und Rehabilitation (SGPMR)
 c/o Medworld AG
 Sennweidstrasse 46
 CH-6312 Steinhausen
 Marwebdr[at]gmail.com



Abbildung 1: Modell der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) (WHO, 2001), Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte.