

Die internistische Rehabilitation

W. Karrer, Präsident Arbeitsgruppe Internistische Rehabilitation der SGIM*

* Mitglieder der Arbeitsgruppe: Werner Karrer, Luzerner Höhenklinik Montana, Präsident; Anne-Françoise Allaz, Service de médecine interne et de réhabilitation, Hôpital Universitaire Genève; Jürg Bächtold, Reha Chrischona, Bettingen; Olivier Berclaz, Clinique genevoise Crans-Montana; Dieter Breil, Solothurnische Höhenklinik Allerheiligenberg; Franz Michel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil; Peter Risi, Zürcher Höhenklinik Davos; Regula Schmitt, Medizinische Dienste, Tilia-Stiftung, Zentrum Ittigen; Susanne Stöhr, Vizepräsidentin FMH, Universitätsspital Basel; Ralf Sutter, Klinik Adelheid, Unterägeri.

Die Rehabilitation wurde von der WHO definiert als: «Koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehenden Partizipation an allen Lebensbereichen».

Rehabilitation in diesem modernen Verständnis ist ein relativ junger Therapiebereich. Natürlich wurden auch einzelne Rehabilitationsmassnahmen schon in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts, gerade in den Höhenkliniken mit Tuberkulosepatienten, durchgeführt. Als eigenständige medizinische Gattung wurde die Rehabilitation aber erst in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt. In dieser Zeit entstanden auch an den grossen Spitälern die Rehabilitationsabteilungen vorerst für neurologische Patienten. Höhenkliniken sowie Bäderkliniken bauten ihr Angebot aus und wurden zu spezialisierten Rehabilitationskliniken.

In den späten 80er und 90er Jahren haben sich dann die Versicherer vermehrt für die Rehabilitation interessiert, vor allem im Sinne einer Kostenoptimierung und seit dem neuen KVG mit den bekannten drei Begriffen: «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit». In dieser Zeit wurden die grossen Konzepte im Rahmen der ALVR (= Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer – Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation) erarbeitet. Man beschränkte sich damals auf die vier wichtigsten Rehabilitationszweige: neurologische Rehabilitation, muskuloskeletale Rehabilitation, pulmonale und kardiovaskuläre Rehabilitation. Die entsprechenden Papiere wurden in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert [1–5].

In dieser Zeit wurde hauptsächlich Wert auf eine hohe Qualität gelegt, was auch zu einem Ausbau des Angebotes an Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege und ärztlichem Dienst führte. Langsam wurde die Rehabilitation zu einem anerkannten medizinischen Bereich mit hoher Wirksamkeit. Dies wurde aber teilweise mit deutlich höheren Kosten erkauft. Die Versicherer haben sich dann relativ rasch von diesem hohen Standard für alle Rehabilitationspatienten distanziert und verschiedentlich «Rehabilitation light» propagiert. Dies geschah in schweizerischen Institutionen, vor allem aber durch in ihrem Angebot in keiner Weise mit Schweizer

Rehabilitationskliniken vergleichbare süddeutsche Kliniken.

Es ist klar, dass nicht alle Patienten, vor allem solche, die eine Routineoperation mit Ersatz des Hüft- oder Kniegelenkes erhalten haben, das gesamte ausgebaute Therapieangebot einer Rehabilitationsklinik brauchen. Deshalb scheint es sinnvoll, dass auch schweizerische Kliniken mit entsprechend angepassten Angeboten am Markt erscheinen können. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren sicher fortsetzen.

Bei allen Diskussionen über die organspezifischen Rehabilitationsprogramme ist aber der multimorbide internistische Patient zu kurz gekommen. Sicher haben sich viele schweizerische Kliniken auch um diese Patienten kompetent bemüht. Bisher fehlte ihnen aber die Lobbyarbeit einer entsprechenden Fachgesellschaft, wie dies bei den organspezifischen Rehabilitationen seit Jahren der Fall ist [6].

Es ist deshalb sehr begrüssenswert, dass Prof. Verena Briner als Präsidentin der SGIM die Initiative ergriffen hat, auch für die multimorbiden internistischen Patienten eine Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen. Ziel dieser Arbeitsgruppe war in einer ersten Phase die Umschreibung und die Konsensfindung für eine Definition der internistischen Rehabilitation und auch für die Umschreibung der dafür qualifizierenden Patientengruppen [7].

In mehreren Sitzungen hat sich die Arbeitsgruppe, die aus Internisten, Geriatern und auch Fachspezialisten besteht, auf die zwei anschliessend publizierten Arbeitspapiere geeinigt. Wichtig scheint es der Arbeitsgruppe, dass im Bereiche der Inneren Medizin und der benachbarten und verwandten Fächer keine Konkurrenz, sondern eine Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten besteht.

Multimorbide Patienten erfordern sehr viel fachliches, internistisches, aber auch rehabilitationsspezifisches Know-how. Sie sind meist die aufwendigsten Pflegepatienten in der Rehabilitationsklinik. Sie erfordern einen längeren Aufenthalt als Patienten in einem organspezifischen Rehabilitationsprogramm, und sie können – im Gegensatz zu vielen kardialen, pulmonalen und muskuloskeletalen Patienten – nicht ambulant rehabilitiert werden. Aus diesem Grunde ist die Arbeitsgruppe Internistische Rehabilitation überzeugt, dass alle Player im Gesundheitswesen, ins-

Korrespondenz
Dr. med. Werner Karrer
Luzerner Höhenklinik Montana
CH-3963 Crans-Montana

besondere Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Hausärzte, intensiv an der Weiterentwicklung der internistischen Rehabilitation arbeiten müssen. Es ist anzunehmen, dass die Zahl dieser Patienten mit der demographischen Entwicklung, aber auch mit der Verbesserung der medizinischen Techniken in Zukunft noch gewaltig zunehmen wird. In diesem Sinne wäre es fatal, wenn stationäre Rehabilitationsbetten der ambulanten Rehabilitation geopfert würden. Wir werden in Zukunft sicher sowohl die ambulanten Rehabilitationsprogramme wie auch die stationären brauchen, letztere vorwiegend für schwerkranke und multimorbide Kranke.

Literatur

- 1 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. ALVR-Grundlagen der Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999; 80(51/52):2970-1.
- 2 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre muskuloskeletale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(51/52):2972-3.
- 3 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Neurorehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(51/52):2974-6.
- 4 Karrer W. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre pulmonale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(37):1925-7.
- 5 Kottmann W. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(37):1928-32.
- 6 U. Hürlimann: Gibt es eine internistische Rehabilitation? – Versuch einer Antwort und einer Definition. 3. Juni 2001 (persönliche Mitteilung).
- 7 Leitbild SGIM. SGIM-Bulletin. Mai 2003; S. 4.

1. Definition der internistischen Rehabilitation

Internistische Rehabilitation ist die Rehabilitation von Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die den kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz benötigen und durch Spezialprogramme nicht ausreichend abgedeckt werden.

- Sie ist das ärztliche Fachgebiet der ambulanten und stationären Rehabilitationsversorgung von Patienten mit internmedizinischen Leiden.
- Sie ist eine globale diagnostische und therapeutische Massnahme, die sich zum Ziel setzt, die körperlichen und seelischen Funktionsstörungen, die Aktivität und die soziale Partizipation der Patienten zu verbessern.

- Ihre hauptsächliche Aufgabe besteht in der umfassenden Beurteilung, Behandlung und Betreuung multimorbider, erwachsener Patienten mit konsekutiven Behinderungen in der Alltagsbewältigung.
- Sie versteht sich als klinische und wissenschaftliche Disziplin, die die Erkenntnisse der Rehabilitationsmedizin, der internistischen und weiterer Spezialfächer analysiert und für die Patienten in ein rehabilitatives Diagnostik- und Therapiekonzept integriert.
- Besondere Beachtung erfordern dabei die Probleme der Invalidität und Multimorbidität sowie der Entwicklung integrierter Behandlungs- und Betreuungsketten unter Miteinbezug der familiären, sozialen und ökonomischen Kontextfaktoren.
- Sie weist wesentliche Berührungspunkte mit der geriatrischen wie auch der psychosomatischen Rehabilitation auf und grenzt sich ab gegenüber den Rehabilitationsprogrammen, die sich auf ein bestimmtes Organ konzentrieren (kardiovaskulär, muskuloskeletal, neurologisch und pulmonal).

2. Umschreibung Patientengruppen

- Es handelt sich um erwachsene Patienten mit *internistischen Leiden, onkologischen Therapien oder nach chirurgischen Eingriffen* mit daraus resultierenden Behinderungen, die eine Entlassung ins gewohnte Umfeld vorübergehend verunmöglichen. Sie bedürfen einer intensiven multimodalen interdisziplinären Betreuung in einer Rehabilitationsklinik.
- Es besteht eine Invalidität aufgrund von *Erkrankungen mehrerer Organe oder Organsysteme*. Die Patienten bedürfen einer ganzheitlichen internistischen Beurteilung und Behandlung, da ihre Behinderung nicht auf ein einzelnes Organ oder Organsystem beschränkt ist.
- Der *Internist* behandelt und rehabilitiert die internistischen Patienten selbständig, kann aber für einzelne Organerkrankungen den Spezialisten beiziehen und die in den entsprechenden Programmen beschriebene Vorgehensweise nutzen.

Abgrenzungen und Berührungspunkte zu anderen Rehabilitationsprogrammen

- Eine Abgrenzung erfolgt zu *geriatrischen Patienten*, wobei das Alter allein kein Schlüsselkriterium darstellt. Patientinnen und Patienten mit mehrfachen, meist chronischen Krankheiten, mit verminderten Funktionsreserven, mit erhöhter Vulnerabilität und spezifischer geriatrischer Problematik, wie eingeschränkter Kognition, Depression, Sturz-

- risiko, Polymedikation und Malnutrition, bedürfen einer spezialisierten geriatrischen Rehabilitation durch entsprechende Fachärzte.
- Eine Abgrenzung erfolgt auch zu Patienten mit *Erkrankung nur eines Organs oder Organ-systems*. Diese werden in den entsprechend spezialisierten Programmen behandelt (z. B. kardiovaskuläre, muskuloskeletale, neurologische und pulmonale Rehabilitation). Häufig sind solche Patienten aufgrund ihrer allgemein guten körperlichen und psychischen Verfassung Kandidaten für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm.
 - Patienten, die wegen ihrer Behinderung einer *hochspezialisierten Institution* bedürfen, können auch bei Multimorbidität solchen Einrichtungen zugewiesen werden (z. B. komplexe neurologische Patienten).
 - Die *psychosomatische Rehabilitation* wird in aller Regel von Ärzten mit einer internistischen Basisausbildung (FMH-Facharzt-titel für Innere Medizin) durchgeführt, die über eine Zusatzausbildung in Psychosomatik verfügen.

Interventionsziel

Das rehabilitative Therapieangebot ist multi- und interdisziplinär und gewährleistet eine umfassende, lückenlose Betreuung durch Pflegefachkräfte und Ärzte. Die Verbesserung der funktionellen Einschränkungen, der Aktivität und der sozialen Partizipation wird analog ICF (International Code of Functioning, Activity and Social Participation) angestrebt. Diesen Patientinnen und Patienten ist entsprechend ihren Ressourcen und Defiziten eine genügend lange Dauer der Rehabilitation zu gewähren.

Infrastruktur

Die bauliche Infrastruktur und die medizinische Ausrüstung der Institution, in der die Rehabilitation durchgeführt wird, müssen ein multi- und interdisziplinäres, rehabilitatives Therapieangebot zulassen.

Prozess- und Erfolgsqualität

Es werden evidenzbasierte Programme und Messinstrumente für die Ergebnisqualität entwickelt, die der jeweiligen Behinderung angepasst sind.