

Zusatzbezeichnung Rehabilitations- wesen

*Ein Beitrag zur Standortbestimmung der Rehabilitation
in Deutschland*

von **Klaus Leemhuis**

Erstmals in Deutschland wurden im Mai 1995 die insgesamt achtwöchigen Grund- und Aufbaukurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ an der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung abgeschlossen. Im kommenden April beginnt die zweite Kursserie (siehe auch in diesem Heft unter Fortbildung, Seite 18).

Die Einführung der Zusatzbezeichnung wie auch die Einführung der Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ gehen auf Beschlüsse des 95. Deutschen Ärztetages im Mai 1992 in Köln zurück, nachdem die unzureichende Vorbereitung der Ärzteschaft auf die Bewältigung der Probleme von Patienten mit chronischen Krankheiten resp. Behinderungen insbesondere von Mitgliedsinstitutionen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation kritisiert worden war, namentlich von der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter unter ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Kurt Alphons Jochheim. Nicht zuletzt dank der Initiative des ehemaligen Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Horst Bourmer, hatte die Ärztekammer Nordrhein eine Vorreiterrolle bei der Ausrichtung qualifizierender Kurse übernommen, so daß mit dem ersten Grundkurs im November 1993 begonnen werden konnte.

Die Kurse standen unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Hermann Delbrück, Internist und Hämato-Onkologe, dessen besonderes Engage-

ment der wissenschaftlichen Ausrichtung und der universitären Etablierung der Rehabilitationsmedizin gilt. Er hatte unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation das Curriculum zusammen mit der ärztlichen Leitung der LVA Rheinprovinz und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein erstellt.

Mit der inhaltlichen Ausgestaltung der Kurse sollte zugleich ein Beitrag zur Standortbestimmung der Rehabilitation in Deutschland geleistet werden. Denn der Umstand, daß das Wort „Rehabilitation“ zunehmend Eingang in das medizinische Alltagsvokabular findet, hat bislang eher zu Verwirrung denn zur Klärung dessen geführt, was unter Rehabilitation zu verstehen ist. Als Kursteilnehmer und Koordinator erlebte der Autor, wie dieses Dilemma im Verlauf der Kurse konstruktiv angegangen wurde. Über einige wichtige Aspekte soll hier berichtet werden.

Rehabilitationsmedizin versus Kurmedizin

Die Verwechslung von Rehabilitation und der in Deutschland so beliebten Kur stellt unter Patienten wie auch unter Ärzten eines der häufigsten Fehlurteile über die Rehabilitation dar.

Doch schon ein Blick auf die historischen Aspekte der Rehabilitation verdeutlicht den Unterschied: Der Begriff „rehabilitatio“ fand erstmals im 15. Jahrhundert im Generalkapitel des Zisterzienserordens Erwähnung. Er be-

schrieb sinngemäß die Wiedereinsetzung in die vormals bestehende Stellung innerhalb der Gemeinschaft. Diese soziale Dimension der Rehabilitation ist bis heute erhalten geblieben. Sie reicht über die französische Verfassung von 1793, die eine Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber ihren nicht mehr zur Arbeit fähigen Bürgern postulierte, bis zum sozialen Recht Behinderter auf Wiedereingliederung, wie es im ersten Buch des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik Deutschland formuliert wird.

Für die geschichtliche Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland stellt die Gründung der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge“ im Jahre 1909 ein wichtiges Datum dar. Seit Ende der 60iger Jahre prägte die „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter“ als Nachfolgeorganisation wesentlich die inhaltliche Weiterentwicklung.

Die Ursachen für die Verwechslung von Kur und Rehabilitation liegen sicher nicht nur im bislang unzureichenden Angebot von Fort- und Weiterbildung. Verwirrung wird auch erzeugt durch Antragsformulare von Kostenträgern sog. stationärer Heilverfahren oder Gesetzestexten wie dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches, welches in § 40 (1) der „Rehabilitationskur“ Gesetzesrang verleiht.



*Mit der Rehabilitationsmedizin eröffnet sich für die ärztliche
Verhältnis auszudehnen auf den Bereich der Reintegration
zahlreichen anderen medizinischen Berufsgruppen, zu
in Deutschland wurden im Mai 1995 die insgesamt acht
der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ an der
terbildung abgeschlossen. Im kommenden April beginnt*

Eine weitere Ursache für Verwechslungen mag darin liegen, daß offensichtlich aufgrund des verstärkten gesundheitspolitischen Druckes im Angebot der Kurmedizin zunehmend rehabilitative Elemente auftauchen. Dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Ausrichtung der Kurmedizin auf den unspezifischen Einsatz ortsgebundener Heilmittel zum Zwecke der Roborierung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Im Gegensatz dazu zielt die Rehabilitationsmedizin darauf, Behinderte durch spezialisierte Diagnostik und Therapie sowie unter Einbeziehung der beruflichen und psychosozialen Aspekte der Behinderung in Fachkliniken bzw. Tageskliniken möglichst wohnortnah zu reintegrieren.

Rehabilitationsmedizin versus Sozialmedizin

Unterschiede wie Überschneidungen wurden in den Kursen deutlich herausgearbeitet. So sind sozialmedizinisch relevante Themen wie Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Arbeits- und Dienstunfähigkeit, MdE und GdB sicherlich auch für Rehabilitationsmediziner unentbehrlich. Doch liegt der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit darauf, die sog. Krankheitsfolgen nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, der sozialen und auch – aber

eben nicht nur – der beruflichen Lebensumstände werden zu lassen. Rehabilitation betrifft nur zum Teil Menschen im erwerbsfähigen Alter. Der Auftrag „Reha vor Rente“ wie auch der neue Auftrag „Reha vor Pflege“ verlangt konkretes medizinisches Handeln „am Patienten“.

Zur Vorbereitung der Kursteilnehmer auf diese Aufgaben waren Referenten eingeladen worden, die in ihren Fachdisziplinen rehabilitative Kompetenz besaßen. Schwerpunkte bildeten Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik, Orthopädie, Unfallchirurgie, Dermatologie, Innere Medizin mit Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Geriatrie und Stoffwechselkrankheiten. Ergänzend fanden im ersten bis dritten Teilkurs Exkursionen statt. Das erworbene Wissen wurde in Multiple-choice-Tests reflektiert. Der vierte Teil des Kurses bestand in praktischen Übungen in Reha-Institutionen und erforderte die Erstellung von sog. Reha-Plänen.

Rehabilitationsmedizin versus Akutmedizin

Die häufig anzutreffende Einschätzung der Rehabilitationsmedizin als einer „Akutmedizin ohne Intensivstation“ geht fehl. In Grundsatzreferaten wurde dargelegt, daß das in Lehre und Klinik dominierende sog. bio-medizinische Krankheitsmodell für den Bereich der Rehabilitation eine Ergänzung bzw. Fortentwicklung bedarf. Dieses Krankheitsmodell, charakterisiert durch ein linear-kausales Denken, weit mehr auf „cure“ als auf „care“ ausgerichtet mit großartigen Erfolgen bei der Therapie akuter Erkrankungen von Patienten, bietet keine wesentlichen Perspektiven über den Entlassungstag hinaus.

Als Instrument zur Bewältigung der rehabilitativen Aufgaben wurde den Kursteilnehmern die „Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH) vorgestellt.

Sie gehört zu der von der WHO entwickelten „Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikatio-

nen“, deren Kernklassifikation die auf dem bio-medizinischen Krankheitsmodell beruhende ICD darstellt. Die erstmals 1980 vorgestellte ICDH bietet mit ihrem dreistufigen Ansatz einen umfassenden theoretischen Rahmen für die Betreuung chronisch kranker bzw. geschädigter Menschen.

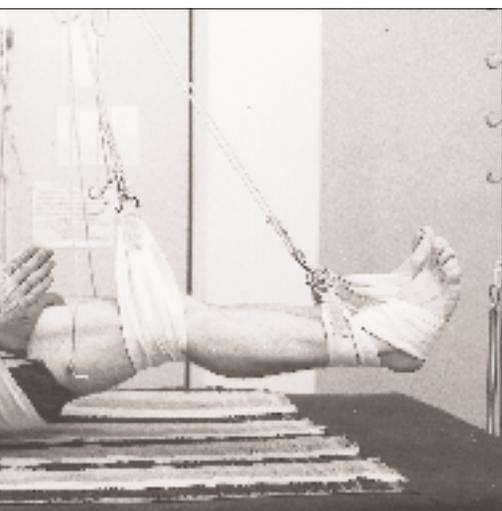
Rehabilitationsmedizin – Herausforderung und Chance

Mit der Rehabilitationsmedizin eröffnet sich für die Ärzteschaft die Möglichkeit, das tradierte Arzt-Patienten-Verhältnis auszudehnen auf den Bereich der Reintegration Behinderter. Hierbei ist eine Zusammenarbeit mit zahlreichen anderen medizinischen Berufsgruppen erforderlich. Je mehr der Arzt sich dieser Zusammenarbeit öffnet und je mehr es ihm gelingt, auf lediglich formal begründete Autorität zu verzichten zugunsten der Ausübung funktionaler Kompetenz auf abgeflachtem Hierarchieniveau, desto eher wird er in dem zu fordernden Reha-Team die Aufgabe des sog. behandlungsleitenden Arztes bewältigen können.

Die Arbeit im Reha-Team wird im klinischen Bereich eher zu realisieren sein als im niedergelassenen Bereich. Doch besteht gerade hier für den Arzt eine besondere inhaltliche wie auch gesetzlich formulierte Aufforderung, sich rehabilitativ zu betätigen. Im Verlauf des oft langwierigen und wechselvollen Reintegrationsprozesses hat er die Chance, diesen Prozeß als Bezugstherapeut entscheidend zu beeinflussen.

Noch konsultiert der Patient auch bei Problemen im Bereich der Rehabilitation ganz überwiegend zunächst den Arzt. Wird – so das Fazit des Kurses – die Ärzteschaft in Deutschland nicht lernen, dem Patienten für diese immer komplexeren Probleme zeitgemäße Lösungen anzubieten, werden andere Berufsgruppen Rehabilitation ohne Ärzte betreiben.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Klaus Leemhuis,
Arzt für Allgemeinmedizin
Rehabilitationswesen
Lederstraße 12, 42105 Wuppertal*



Ärzteschaft die Möglichkeit, das tradierte Arzt-Patienten-Verhältnis auszudehnen auf den Bereich der Reintegration Behinderter. Hierbei ist eine Zusammenarbeit mit zahlreichen anderen medizinischen Berufsgruppen erforderlich. Je mehr der Arzt sich dieser Zusammenarbeit öffnet und je mehr es ihm gelingt, auf lediglich formal begründete Autorität zu verzichten zugunsten der Ausübung funktionaler Kompetenz auf abgeflachtem Hierarchieniveau, desto eher wird er in dem zu fordernden Reha-Team die Aufgabe des sog. behandlungsleitenden Arztes bewältigen können.
Foto: Archiv