

## Rehabilitationsmedizinische Begutachtung in der Orthopädie

Dr. med. Rainer Hepp, Facharzt für Orthopädie und Rehabilitationsmedizin,  
Friedrichstrasse 15, 70174 Stuttgart

### Zusammenfassung:

In einer Zeit, in der einerseits die statistische Lebenserwartung weiter ansteigt und andererseits das Durchschnittsalter der Bevölkerung zunimmt und das Rentenalter aus unterschiedlichen Gründen nach hinten verschoben werden soll, kommt der Rehabilitationsmedizin eine immer größere Bedeutung zu. Dies führt immer wieder zu Streitigkeiten über Sinn und Unsinn rehabilitativer Leistungen.

Der nachfolgende Aufsatz soll Juristen, die im Streitfall entscheiden müssen, orthopädisch-rehabilitationsmedizinische Grundlagen zu vermitteln.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Heilverfahren, Sozialrecht

### Einleitung:

Das Bundesgesundheitsministerium schreibt zum Stichwort Rehabilitation u.a. Folgendes:

Ihr Ziel ist es, die Patientin oder den Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten zu unterstützen. Rehabilitation hat aber auch zum Ziel, Beeinträchtigungen und Einschränkungen abzuwenden, die sich als bleibende Folge von chronischen Erkrankungen oder Unfällen einstellen.

Man unterscheidet drei Rehabilitationsleistungen:

Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** mit dem Ziel, möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen oder Verschlimmerungen zu verhüten.

Leistungen zur **beruflichen Rehabilitation**, die eine Eingliederung der Patientin oder des Patienten in das Arbeitsleben fördern.

Leistungen zur **sozialen Rehabilitation**, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Sie zielen auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten (1).

*Anmerkung: Diese strikte Aufteilung in 3 unterschiedliche Bereiche ist didaktisch sinnvoll. In*

*einem rehabilitationsmedizinischen Gutachten allerdings ist m. E. eine strenge Trennung mit dem Ergebnis, dass sich der Rehabilitationsmediziner nur um Fragen der medizinischen Rehabilitation kümmert, nicht hilfreich. Es gehört zum Wesen der Rehabilitationsmedizin, dass eben nicht nur medizinische Faktoren im engeren Sinn, sondern auch sozialmedizinische Variablen (Fragen des Erwerbslebens und des sozialen Umfelds) mitberücksichtigt werden.*

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat schon Anfang der 80er Jahre darauf aufmerksam gemacht, dass die Auswirkungen von Krankheiten, vor allem von lang-anhaltenden Krankheiten („chronischen Krankheiten“), durch klassische akutmedizinische Diagnosen nicht ausreichend abgebildet werden.

Die Diagnose „Coxarthrose“ (Hüftarthrose) sagt wenig über die Beschwerden, Funktionsstörungen und sozialen Einschränkungen („Teilhabestörungen“) der betroffenen Person aus: Hat die Person leichte Schmerzen oder massive Schmerzen? Ist sie gelegentlich schmerzfrei oder hat sie Dauerschmerzen? Ist die Nachtruhe gestört? Ist die Gehfähigkeit beeinträchtigt? In welchem Umfang? Ist die betroffene Person arbeitsfähig? Ist sie in ihren Freizeitaktivitäten beeinträchtigt? Wie verkräftet sie die Krankheit psychisch? Wie wirkt sich die Krankheit auf das soziale Geflecht aus?

Die WHO hat daher damals eine neue, umfassendere Dokumentation empfohlen: Die **International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)**. Es handelt sich dabei um eine Diagnostik auf 3 Ebenen:

#### Impairment

Das Impairment entspricht der konventionellen ärztlichen Diagnose. Im vorliegenden Fall wäre das Impairment also eine Hüftarthrose, bzw. eine schmerzhaft funktionelle Störung des Hüftgelenks.

#### Disability

Die Disability gibt das Ausmaß der damit verbundenen Funktionsstörungen und Beschwerden wieder: Wie ausgeprägt ist die Schmerzsymptomatik? Wie gravierend ist die Bewegungseinschränkung der erkrankten Hüfte? Wie weit kann die betroffene Person noch gehen? Braucht sie Gehhilfen? Kann sie noch ohne Begleitpersonen selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisen? Kann sie noch Auto fahren? Etc.

#### Handicap

Das Handicap beschreibt die Auswirkungen der Erkrankung auf das soziale Geflecht: Ist die Person noch arbeitsfähig bzw. berufsfähig? Kann sie ihren Freizeitaktivitäten noch nachgehen? Kann sie familiäre Verpflichtungen erfüllen? Oder hat das Krankheitsbild zu einem sozialen Rückzug, zu Isolation und Depression geführt?

Das System wurde zwischenzeitlich mehrfach modifiziert und heißt nun ICF ([International Classification of Functioning, Disability and Health](#)). Im Internet gibt es eine deutsche Fassung (2).

Die zugrundeliegenden Prinzipien sind aber weiter gültig: Körperliche Leiden führen in der Regel auch zu Störungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und zu sozialen Auswirkungen, im privaten Umfeld wie im Erwerbsleben.

Rehabilitation ist der interdisziplinäre Versuch, Menschen mit chronischen Krankheiten und Funktionsstörungen und daraus resultierenden Teilhabestörungen wieder in ein möglichst normales Leben zurückzuführen. Neben medizinischen Maßnahmen müssen dazu auch soziale Unterstützungsmaßnahmen (berufliche Reha, strukturelle Anpassungen am Arbeitsplatz bzw. zu Hause etc.) berücksichtigt werden.

In der Planungsphase einer medizinischen Rehabilitationsleistung ergeben sich folgende Fragen:

## 1. Bedeutsame und therapierbare Störungen

### 1.1 somatisch

Wenn ein Heilverfahren angeordnet werden soll, dann muss im Vorfeld geprüft werden, ob es überhaupt bedeutsame und therapierbare Störungen gibt.

An dieser Stelle empfiehlt es sich, einen Vergleich zwischen Mensch und Computer anzustellen:

Für eine ungestörte Funktion müssen bei Mensch wie Computer 2 unterschiedliche „Komponenten“ zusammenarbeiten: „Hardware“ und „Software“.

Die „Hardware“ des Bewegungsapparates umfasst Strukturen wie Muskeln, Sehnen, Knochen Gelenke u.a.m.

Die Software umfasst die ganzen Bewegungsprogramme, die wir ab dem 1. Lebensjahr erlernen und die es uns erlauben, ohne lange darüber nachdenken zu müssen, mal eben eine Treppe hochzusteigen. Was für einen gesunden Menschen völlig unspektakulär erscheint, ist in Wirklichkeit eine Höchstleistung der biologischen Datenverarbeitung, da für jeden Schritt ein

„Programm“ geschrieben werden muss für Milliarden von Muskelfasern, die sich synchron und fein dosiert zusammenziehen und entspannen müssen. Zusätzlich muss überwacht werden, ob das geschriebene Programm auch funktioniert, oder ob es nicht versehentlich für eine andere Stufenhöhe berechnet wurde! Dann muss nachkorrigiert werden. Pro Sekunde müssen viele hundert Millionen Rechenoperationen durchgeführt werden!

Was passiert wenn die „Software einmal abstürzt“, kann man regelmäßig Ende September in den Bierzelten „auf der Wies`n“ beobachten. Schon das Stehen kann dann zum Problem werden.

**Strukturelle** Röntgenbefunde („Hardware“) sind durch Heilverfahren nicht veränderbar, sie können also keine Indikation rechtfertigen. Begründungen wie: „Radiologisch zeigt sich eine fortgeschrittene Arthrose, ein stationäres Heilverfahren ist also angezeigt.“ sind unsinnig!

Im Rahmen eines Heilverfahrens werden **funktionelle** Therapieverfahren“ wie Massagen, Krankengymnastik, Entspannungsübungen etc. eingesetzt, die nur **funktionelle** Störungen („Softwareprobleme“) beeinflussen können.

Indikationen für eine somatische Rehabilitationstherapie sind also funktionelle Störungen (die oft durch strukturelle Veränderungen ausgelöst werden).

Eine geeignete „Rehabilitationsdiagnose“ als Rechtfertigung für somatische Rehabilitationsmaßnahmen wäre also z.B.: „Regionale Muskelverspannungen in der Lenden-Becken-Hüftregion mit Ausbildung von Triggerpunkten bei Verschmächtigung der hüftumgreifenden Muskulatur und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke mit Kapselschrumpfung bei fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen in beiden Hüften“.

Eine solche Rehabilitationsdiagnose ist natürlich sehr „sperrig“ und geistig anspruchsvoll. Sie wird daher in der täglichen Praxis durch die viel einfachere Diagnose „Coxarthrose“ ersetzt.

Viele Ärzte denken aber bei dem Wort „Coxarthrose“ an degenerative Strukturschäden im Hüftgelenk, wie sie z.B. im Röntgenbild sichtbar werden. Sie verhalten sich damit eigentlich irrational: Sie verordnen eine funktionelle Therapie („Softwaretherapie“), obwohl sie selbst das Problem in der Struktur („Hardware“) lokalisieren.

Wenn diese Irrationalität in der Praxis oft folgenlos bleibt, so deswegen, weil die Therapeuten in den Rehaeinrichtungen (Masseur, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Sporttherapeuten etc.) im Rahmen ihrer Aufnahmebefundung die ärztlichen Einweisungsdiagnosen durch therapierbare „Befunde“ (eigentlich Funktionsdiagnosen) ersetzen.

Irrationale Begründungen für Heilmaßnahmen werden dadurch aber nicht rational!

1.2 psychisch

Wie im somatischen Bereich muß auch im psychischen Bereich nach therapiebedürftigen und therapierbaren Störungen gesucht werden. Dabei ist in beiden Bereichen eine ausschließlich „defizitorientierte Betrachtungsweise“ falsch. Berücksichtigt werden müssen immer auch rehabilitationsmedizinisch nutzbare verbliebene Ressourcen.

## 2. Therapiebereitschaft

Dann muss geprüft werden, inwieweit die betroffene Person willens und fähig ist, an einem therapeutischen Behandlungskonzept aktiv teilzunehmen.

Wenn z.B. eine Person erkennen lässt, dass sie sich eine Rückkehr ins Erwerbsleben auf keinen Fall mehr vorstellen kann, dann erscheint eine RehaMaßnahme zu Lasten der Rentenversicherung mit dem Ziel, die Erwerbsunfähigkeit zu verhindern, wenig sinnvoll.

„Reha vor Rente“ sollte nicht als rein zeitliche Korrelation missverstanden werden.

## 3. Strukturelle Ausstattung der Therapieeinrichtung

Bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik muss geprüft werden, ob dort die erforderlichen Strukturen für eine geplante Therapie vorhanden sind (Einrichtungen, Personal).

## 4. Logistik

Die Versorgung von Familienangehörigen (Kinder oder pflegebedürftige Angehörige) und An- und Abreise zum Rehaort müssen gewährleistet sein.

## 5. Zusätzliche Therapieziele

Neben Primärzielen gibt es oft sekundäre RehaZiele, die ggf. die Auswahl der Rehaeinrichtung mitbestimmen (Z.B. stehen ggf. Behandlungen im Bereich des Bewegungsapparates im Vordergrund. Zusätzlich besteht aber eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, die einen „Luftkurort“ oder ein Seeklima sinnvoll erscheinen lassen.).

## 6. Erfolgchancen, Wirtschaftlichkeit

Im Vorfeld sollten durch einen erfahrenen Rehabilitationsmediziner wenigstens nach Aktenlage Erfolgchancen abgeschätzt werden. Dabei muss klar zwischen Struktur- und Funktionsdiagnosen unterschieden werden!

## 7. Nachsorge

Die Nachsorge sollte frühzeitig geplant werden. Eine 4-wöchige Rehamaßnahme an einem entfernten „Kurort“ ohne irgendeine Einbindung an die Langzeitbehandlung am Wohnort bringt wenig.

## 8. Stationär oder ambulant

Bei der Frage, ob ein stationäres oder ambulantes Heilverfahren angezeigt ist, müssen verschiedene Parameter geprüft werden:

### 8.1 Wunsch des Patienten

Rehabilitationsmaßnahmen sind nur bei langwierigen („chronischen“) Erkrankungen angezeigt, nicht bei kurzfristigen („akuten“) Erkrankungen.

Zunächst akute Erkrankungen werden deswegen chronisch, weil sie nicht nach kurzer Zeit durch geeignete Therapiemaßnahmen zur Ausheilung gebracht werden können.

Sie führen abgesehen von konkreten medizinischen Beschwerden und Funktionseinschränkungen immer auch zu psychosozialen Einschnitten (Einschränkungen im Erwerbsleben und im Privatleben). Sie erfordern Zeit und Engagement seitens der Betroffenen (Arzttermine, Therapietermine, unangenehme Behandlungen etc.).

Eine Therapie chronischer Erkrankungen funktioniert nur dann effektiv und effizient, wenn der betroffene Patient als „Hauptdarsteller“ in das Therapiekonzept integriert wird.

Therapien ohne oder gar gegen den Willen des Betroffenen sind nicht nur juristisch problematisch, sondern auch medizinisch unsinnig.

Viel umfassender als in der Behandlung akuter Krankheiten muß daher bei der Behandlung chronischer Krankheiten der Patient ständig über geplante Therapiemaßnahmen, Erfolgsaussichten und zeitlichen Ablauf informiert werden. Es muß ständig um seine aktive Mitarbeit geworben werden.

Maßnahmen, die vom Patienten zwar formal toleriert, innerlich aber abgelehnt werden, sind in aller Regel sinnlos.

Wenn der explizite Wunsch eines Patienten nach einem stationären Heilverfahren aus Kostengründen abgelehnt wird, so ist es in der Regel sinnlos, ihm ein ambulantes Heilverfahren zu gewähren, selbst wenn er es nicht expressis verbis ablehnt.

Dies bedeutet natürlich nicht, dass jeder Wunsch des Patienten erfüllt werden muß. Es muß aber

aktiv um die ausdrückliche Zustimmung des Patienten z.B. für ein ambulantes Heilverfahren geworben werden. Bei Misserfolg dieser „Werbeaktion“ ist es im angesprochenen Beispiel sinnvoller und konsequenter, gar kein Heilverfahren zu finanzieren.

## 8.2 Therapiemöglichkeiten am Wohnort

### 8.2.1 Infrastruktur

Während die Therapiemöglichkeiten vor Ort in einer mittelgroßen oder großen Stadt in der Regel für die Behandlung üblicher chronischer Erkrankungen ausreichend sind, ergeben sich oft Probleme in kleinen Ortschaften und Dörfern. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, ein stationäres Heilverfahren in einem geeigneten Therapiezentrum regelmäßig zu wiederholen und mit einer konsequenten eigenen Übungstherapie zu kombinieren.

### 8.2.2 Therapieverhalten der behandelnden Ärzte

Problematisch ist die faktische Rationierung von Heilmitteln durch Regressandrohungen gegenüber den behandelnden Ärzten. Prinzipiell sinnvolle Therapien werden einfach nicht verordnet. Ein stationäres Heilverfahren ist für manche Patienten die einzige Möglichkeit, an entsprechende Verordnungen zu gelangen. Dies mag sozialpolitisch nicht erwünscht sein, es wird aber seit vielen Jahren durch aktive Unterlassung geduldet.

Problematisch ist aber auch die unzureichende Ausbildung vieler verordnender Ärzte in Hinblick auf Physikalische und Rehabilitative Medizin. Die wenigsten Verordner haben ein klares Therapiekonzept, wonach sie dann rational und transparent verordnen.

Kommt ein Patient beispielsweise mit chronischen Rückenschmerzen zum Arzt, wird üblicherweise nach der Anamnese und körperlichen Untersuchung eine bildgebende Diagnostik durchgeführt. Diese Diagnostik beschränkt sich oft nicht auf eine einfache Röntgenbilder, sondern umfasst aufwendigere Schnittbilduntersuchungen (Computertomographie, Kernspintomographie). Dahinter steckt der Wunsch, eine Ursache für die chronischen Beschwerden zu finden und daraus eine rationale kausale Therapie abzuleiten.

So verständlich dieser Wunsch in der Theorie ist, so fatal ist er üblicherweise in der Praxis: Insbesondere bei der Diagnostik chronisch schmerzhafter Störungen im Bereich der Wirbelsäule führt die strukturgläubige Diagnostik in der Regel nicht zum Ziel. Auf der einen Seite ist seit Jahrzehnten aus diversen wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt, dass es keine

verlässliche Korrelation zwischen radiologisch nachweisbaren strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule und klinischen Beschwerden gibt (3,4,5).

Auf der anderen Seite entspricht es der allgemeinen ärztlichen Erfahrung, dass Patienten mit chronischen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule variable Beschwerden haben: es gibt „gute Tage“ mit weniger Beschwerden und „schlechte Tage“ mit vermehrten Beschwerden.

Auch theoretisch ist nicht anzunehmen, dass beispielsweise der Verschleiß, der sich im Röntgenbild oder im Computertomogramm zeigt, an einem „schlechten Tag“ erkennbar ausgeprägter ist als an einem „guten Tag“.

Obwohl den meisten Ärztinnen und Ärzten diese Fakten bekannt sind, klammern sie sich immer noch in der Mehrzahl an die Bildgebung und versuchen, daraus Schlussfolgerungen für Therapie, Prognose und sozial-medizinische Begutachtung zu ziehen.

Dass sie letztlich selber Zweifel an dieser strukturgläubigen Diagnostik haben, zeigt sich daran, dass die meisten ärztlichen Behandler nach umfangreicher struktureller Diagnostik in aller Regel zunächst eine „funktionelle Therapie“ z.B. in Form von Krankengymnastik verordnen. Fataler sind im Übrigen oft die Versuche, eine „strukturelle Auffälligkeit“, die als „Diagnose“ bezeichnet wird, strukturell, sprich operativ, zu therapieren. In Abhängigkeit von den gefundenen „strukturelle Auffälligkeiten“ und den gewählten Therapien sind die Erfolge bei kritischer Betrachtung oft sehr enttäuschend.

### 8.2.3 Bisherige Erfahrungen

Die Erfolgsaussichten eines Heilverfahrens sind von unzähligen Variablen abhängig und daher immer schwierig einzuschätzen. Es hilft daher, Erfahrungen mit früheren Heilverfahren zu analysieren. Wenn 3 oder 4 frühere Heilverfahren in der Vergangenheit keine überzeugende Wirkung zeigten, ist die Hoffnung auf ein erfolgreiches 4. oder 5. Heilverfahren äußerst gering.

### 8.2.4 Begleiterkrankungen

Wie oben ausgeführt, haben chronisch kranken Patienten oft mehrere medizinische Probleme, die ggf. gleichzeitig therapiert werden können.

Wenn eine Erkrankung auf besondere klimatische Einflüsse positiv anspricht, kann dies ein gewichtiges Argument für ein stationäres Heilverfahren in einer besonderen Umgebung gegenüber einem ambulanten Heilverfahren am Wohnort sein.

### 8.2.5 Psychosoziales Umfeld

Die Patienten, die ein stationäres Heilverfahren absolvieren, werden für einige Wochen aus ihrer häuslichen Umgebung herausgenommen. In manchen Fällen (z. B. psychosomatische Probleme, Drogenprobleme) kann dies medizinisch sehr nützlich sein. In anderen Fällen ist dies eher ein Nachteil (stabile familiäre Bindungen, die dadurch vorübergehend beeinträchtigt werden).

#### 8.2.6 „Klimafaktoren“

Das Klima hat auf bestimmte Krankheitsbilder mal positive, mal negative Effekte.

Patienten mit entzündlichem Gelenkrheuma profitieren oft von einem trocken-warmen Klima – die Beschwerden nehmen ab, die Entzündungsphänomene bilden sich zum Teil auch objektiv zurück.

Patienten mit einer Schuppenflechte verzeichnen innerhalb weniger Wochen unter dem Einfluss eines trockenen, sonnenreichen Klimas mit regelmäßigen Sonnenbädern und Salzwasserbädern eine rasche objektivierbare Rückbildung ihrer Hauterscheinungen.

Patienten mit Atemwegsproblemen profitieren oft vom „Reizklima“ an der See.

#### 8.2.7 „Ortsgebundene Heilmittel“

In früheren Jahren wurde oft auf Heilmittel, die nur an bestimmten Orten zur Verfügung stehen, Wert gelegt. Dazu gehören z. B. Thermalquellen mit einer bestimmten Zusammensetzung des Wassers, Moorbäder, Radonstollen und ähnliches mehr.

Die moderne Medizin hat sich von diesen Vorstellungen weitgehend distanziert. Ob zu Recht oder zu Unrecht, kann ich nicht eindeutig entscheiden.

#### 8.2.8 Therapiedichte, therapeutische Synergien

Stationäre Einrichtungen weisen immer wieder darauf hin, dass im stationären Umfeld eine optimale Therapiedichte bei kleinen Wegen zwischen den einzelnen Therapieorten und eine optimierte Verzahnung der gewählten Therapieformen möglich sind.

Dies ist theoretisch richtig. In der Praxis allerdings findet sich selten eine Rehabilitationseinrichtung, bei der ein einheitliches Therapiekonzept, das sich über alle Abteilungen erstreckt, entwickelt wurde und konsequent eingehalten wird.

Aus eigener Erfahrung (ich war 13 Jahre lang Chefarzt in einer großen Rehaklinik) weiß ich, dass es oft schwierig ist, unterschiedliche Abteilungen langfristig in ein einheitliches Therapiekonzept einzubinden, da es – nicht zuletzt aufgrund von wirtschaftlichem Druck – immer wieder Rivalitäten und Wettbewerb um Planstellen und Budgets gibt. Darüberhinaus haben die Krankengymnasten in den vergangenen Jahren den Anspruch erhoben, „Physiotherapeuten“ zu sein, die für die Gesamtheit der physikalischen Therapie zuständig seien. Reine Masseur und Bademeister wurden dadurch an den Rand ihrer Existenzberechtigung gedrückt. Eine harmonische Zusammenarbeit zwischen Krankengymnasten und Masseuren ist daher nicht selbstverständlich. Die „aktive Physiotherapie“ (Krankengymnastik) wird derzeit von vielen „Entscheidungsträgern“ gegenüber der „passiven Physiotherapie“ (Massagen, u.a.m.) bevorzugt. Es gibt z. B. wissenschaftliche Hinweise, dass sich eine Aktivierung der Patienten positiv auf Nackenschmerzen auswirkt (6). Unspezifische Aktivierung (Aerobic) hat aber z. B. in einer Studie über Patienten mit chronischen Schmerzen in der Lendenregion besser abgeschnitten als spezifische Krankengymnastik (7).

Nach derzeitigem Stand ärztlichen Wissens spielen chronisch verspannte Muskeln eine wichtige Rolle bei der Entstehung chronischer Schmerzen im Bewegungsapparat. Aus diesem Grunde zielen viele Techniken auf eine Muskelentspannung ab (Wärme-/Kälteanwendungen, Entspannungsbäder, Entspannungsübungen, Schröpfen, bestimmte Formen der Elektrotherapie etc.).

In einer Einrichtung mit einem kohärenten Therapiekonzept könnte z. B. die Massageabteilung anfangs die passive Entspannung der Muskulatur übernehmen, während die Krankengymnastikabteilung die passiv gelockerte Muskulatur „neu programmieren“ würde. Die sporttherapeutische Abteilung wäre dann für die Sekundärprävention zuständig.

#### 8.2.9 Umfassendes Therapieangebot

In der Regel bieten stationäre Rehabilitationseinrichtungen ein breiteres Spektrum an Therapiemöglichkeiten als einzelne Massagepraxen oder Krankengymnastikpraxen.

#### 8.2.10 Therapiezeit

Obwohl auch stationäre Therapeuten aufgrund des seit Jahren zunehmenden Kostendrucks immer mehr einem Leistungsdruck unterliegen, ist nach eigener Einschätzung die tatsächliche Therapiezeit in einer stationären Einrichtung immer noch deutlich länger als in einer Einzelpraxis, wo die effektive Therapiezeit oft auf 10-12 Minuten schrumpft.

In der Regel sind auch die Relationen zwischen An- und Abreise zur Therapie und Therapiedauer stationär deutlich günstiger. Ein 5-Minuten-Fußweg vom Zimmer zum Therapieplatz mit 20-

minütiger Therapiedauer ohne lange Wartezeiten unter stationären Bedingungen stehen nicht selten einer 45-minütigen Anreise mit Auto/Bus, einer 20-30-minütigen Wartezeit und einer 10-minütigen Therapiezeit mit nachfolgender Rückreise im ambulanten Bereich gegenüber. Oft verpufft der positive Effekt der Therapie noch auf dem Heimweg im kalten Auto.

Die Frage, ob ein stationäres Heilverfahren (HV) oder ein teilstationäres/ambulantes Heilverfahren sinnvoller ist, hängt also von vielen Variablen ab.

Die sozialpolitische Vorstellung, ein stationäres HV sei, da teurer, prinzipiell wirksamer und daher nur den besonders schwerwiegenden Krankheitsverläufen vorbehalten, ist rehabilitationsmedizinischer Unsinn. Eine gute ambulante RehaMaßnahme ist allemal wirkungsvoller als ein schlechtes stationäres HV. Ob ein stationäres oder ein ambulantes HV angemessen ist, richtet sich nicht primär nach einem imaginären Schweregrad einer chronischen Erkrankung (s.o.) sondern nach den individuellen Erfordernissen und Verhältnissen.

#### Zusammenfassung

Rehabilitation zielt darauf ab, Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen medizinisch möglichst gut zu versorgen und sozial (beruflich wie privat) in der Gesellschaft zu verankern.

Rehabilitationsleistungen sind nur unter gewissen Bedingungen sinnvoll:

1. Es müssen bedeutsame und therapierbare (nicht unbedingt heilbare!) Störungen vorliegen.
2. Der Patient muss willens und in der Lage sein, aktiv an den Rehabilitationsleistungen teilzunehmen.
3. Leistungen zu Lasten der Rentenversicherung sind nur sinnvoll, wenn der Patient erkennbar an einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben interessiert ist.
4. Chronische Krankheiten erfordern „chronische Therapien“. Kurzfristige Einzelmaßnahmen sind wenig sinnvoll. Rehabilitation spielt sich daher – wenn möglich! - primär am Wohnort der Patienten ab.
5. Ob eine stationäre oder ambulante RehaMaßnahme sinnvoller ist, hängt nicht primär von einem fiktiven Schweregrad der Gesundheitsstörungen ab.

#### Literatur:

1. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html> - Stand 26.6.2014
2. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> - Stand 26.6.2014
3. SD Boden et al.: Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation J. Bone Joint Surg. Am. 72:403-408, 1990.
4. R. Coronado et al.: Correlation of Magnetic Resonance Imaging Findings and Reported Symptoms in Patients with Chronic Cervical Dysfunction  
J Man Manip Ther. 2009; 17(3): 148–153.
5. C.M. Lohman et al: Comparison of Radiologic Signs and Clinical Symptoms of Spinal Stenosis  
Spine Volume 31, Number 16, pp 1834 –1840
6. S. Levoska et al.: Active or passive physiotherapy for occupational cervicobrachial disorders? A comparison of two treatment methods with a 1-year follow-up. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [1993, 74(4):425-430]
7. A. Mannion et al.: 1999 Volvo Award Winner in Clinical Studies: A Randomized Clinical Trial of Three Active Therapies for Chronic Low Back Pain Spine: 1 December 1999 - Volume 24 - Issue 23 - p 2435