

Rehabilitation in der Palliativmedizin

Rehabilitation in Palliative Medicine

Autoren: Andreas Lübbe, Oliver Rick und Jan Hinnerk Stange

Palliativstation in der Karl-Hansen-Klinik, Antoniusstraße 19, 33175 Bad Lippspringe

E-Mail: cec-luebbe@medizinisches-zentrum.de

Einführung

Aufgabe der Rehabilitation ist die Besserung der Folgestörungen von Krankheit und Therapie und umfasst Maßnahmen zur Wiederherstellung verloren gegangener Funktionen. Das Ziel rehabilitativer Maßnahmen ist die Wiederbefähigung zur Teilhabe in der Gesellschaft. (Reha vor Rente, Reha vor Pflege). Sie soll aber auch chronische Krankheiten lindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten (§26 ff SGB9).

Rehabilitation bezieht sich auf alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, körperliche, geistige und seelische Funktionszustände zu verbessern und kann ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden [1-3].

Rehabilitation versus Palliativmedizin?

Inwiefern rehabilitative Maßnahmen bei Patienten, die unter einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden, die chronisch verläuft, eine Rolle spielt und spielen sollte, ist bisher nicht erörtert worden. Die Begriffe der „Rehafähigkeit“ und „Rehamotivation“ sind unklar definiert und verunmöglichen nicht selten rehabilitative Maßnahmen bei Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Besonderheiten der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst (nach einem „Therapiezielkatalog“ der Rentenversicherer) Leistungen („Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL“) unterschiedlicher Berufsgruppen und zielt darauf ab, Symptome zu lindern, Funktionen zu reaktivieren und zu optimieren und neben den körperlichen Funktionen auch die geistige Leistungsfähigkeit und psychische Befindlichkeit (nach der ICF s.u.) zu bessern.

Die onkologische Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland hat eine lange Tradition, ist im Sozialgesetzbuch (Leistungen zur Teilhabe im SGB 9) verankert und für diejenigen Patienten vorgesehen, deren Teilhabe an Lebensbereichen erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Diesem Leistungsanspruch ist die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) verpflichtet, in welcher die biopsychosozialen krankheits- und therapiebedingten Probleme umfassend berücksichtigt werden. Voraussetzung ist die genaue qualitative und quantitative Erfassung der entsprechenden Symptome, Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Bezug auf die „Kontextfaktoren“.

Kontextfaktoren beziehen sich auf die Lebenssituation des Patienten und umfassen einmal seine Umwelt, jedoch hierin auch die häusliche Umgebung. Spätestens jetzt wird deutlich, dass die Kontextfaktoren, die bei jedem palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten eine große Rolle spielen, auch in das biopsychosoziale Modell der WHO gut hineinpassen (4, 5). Zu den personenbezogenen Kontextfaktoren gehören der soziale Hintergrund, die Erziehung und Bildung, die Erfahrung des Patienten im Beruf, sein Lebensstil, Charakter und andere Dinge, die gerade bei der Erhebung der Werteanamnese unserer palliativmedizinisch zu betreuenden Patienten eine große Rolle spielen sollten.

Rehabilitative Leistungen bei Palliativpatienten dienen dem allseits beliebten Ziel, dem Tag, der Woche, dem Monat „mehr Leben“ zu geben, also die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Das schließt auch eine Optimierung noch vorhandener Körperfunktion mit ein.

Wie also Rehabilitation und Palliativmedizin?

Mit der sich nun in Deutschland ausbreitenden, flächendeckenden, ambulanten palliativmedizinischen Versorgung könnten in der jetzigen Zeit Möglichkeiten geschaffen werden, ambulante und teilstationäre rehabilitative Angebote mit in das palliativmedizinische Versorgungsangebot zu integrieren. Sie kann dann sowohl auf Palliativstationen stattfinden, wie auch in geeigneten und darauf spezialisierten rehabilitativen Einrichtungen. Die rehabilitativen Angebote sollten sich exklusiv nach dem Wunsch des Patienten ausrichten und die regionalen Bedingungen berücksichtigen. Entscheidend für ein Gelingen des Erreichens der Therapieziele ist die entsprechende Grundeinstellung und Haltung der Mitarbeiter dieser speziellen Patientengruppe gegenüber.

Fazit und praktische Empfehlungen

Die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Vergütungssystemen der Rehabilitationsleistungen und stationärer und ambulanter palliativmedizinischer Behandlung im Kontext mit dem ambulanten und stationären Hospizdiensten erschwert die Implementierung rehabilitativer Ansätze in die Palliativmedizin. Zunächst empfiehlt es sich, die Möglichkeiten der Rehabilitation in der Palliativmedizin zu überprüfen. Das biopsychosoziale Modell der WHO analog der ICF eignet sich vorzüglich Struktur- und Funktionsstörungen sowie Teilhabeprobleme in Bezug auf die Kontextfaktoren (mit Barrieren und Fördermöglichkeiten) zu berücksichtigen und Therapieziele aufzustellen.

Wie sind die Begrifflichkeiten der Rehabilitation in die Palliativmedizin zu überführen?

Die Orientierung an den Defiziten, Ressourcen und Möglichkeiten neuer Lebenserfahrungen sowie die Fähigkeit des Therapeuten den Patienten als Lebenden und Sterbenden sehen zu können, sich auf ihn einzulassen und die Krankheit in den Hintergrund treten zu lassen,

gehört zur Grundhaltung derjenigen, die sich der Rehabilitation in der Palliativmedizin verschreiben. Dazu kann erforderlich sein, erfahrene Palliativmediziner dazu zu bitten und ihn im Idealfall die rehabilitativen Leistungen koordinieren und beaufsichtigen zu lassen.

Literatur:

1. **Lübbe AS, König V:** Therapiekonzepte der onkologischen Rehabilitation. In: Seeber-Schütte (Hrsg). Therapiekonzepte Onkologie, 5. Auflage. Springer, 2007; 1488-1503.
2. **Lübbe AS:** Zur Bedeutung der ICF für die onkologische Rehabilitation, Forum DKG 1/07; 45-48.
3. **Riesenberg H, Lübbe AS:** Prädiktoren und Outcome stationärer Rehabilitation bei Patienten mit Bronchialkarzinom, TumorDiagn und Ther 2007; 28: 279-284.
4. **Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A:** Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 91-6.
5. **Deutsche Krebshilfe:** Palliativmedizin, Die blauen Ratgeber Nr. 57.