

Abb. 12.4 Struktur der International Classification of Functionalities (ICF), aus Stein, Greitemann (2015). Das ICF-Modell zeigt die Komplexität und Interaktion der verschiedenen Krankheitsfolgen. Die Aktivitäten des Rehabilitanden haben einen zentralen Stellenwert.

zur Verbesserung von Funktionen und Aktivitäten (Abb. 12.4).

Der Prozess wird durch diverse Kontextfaktoren aus der konkreten persönlichen und Umweltsituation des Menschen zusätzlich beeinflusst und moduliert. Dabei gibt es bei jedem sowohl fördernde Schutzfaktoren als auch hemmende Risikofaktoren (s. Kap. 4). Die individuelle Situation (Kontext) und die speziellen Ziele des Patienten müssen daher für eine erfolgreiche Rehabilitation gründlich erfragt und beachtet werden.

### 12.3.2 Zielorientierung: Reintegration in den Alltag und Teilhabe (return to ...)

Der individuelle Bewältigungsprozess einer chronischen Krankheit oder Behinderung bildet einen zentralen Ansatzpunkt in der Rehabilitation. Wesentlichen Einfluss haben dabei die personenbezogenen und Umweltfaktoren (Abb. 12.5). Die Kontextfaktoren können auf jeder Stufe des Rehabilitationsprozesses fördernd oder hemmend einwirken. Daher suchen wir neben klassischen Risikofaktoren auch nach individuellen Schutzfaktoren des Patienten. Wir sehen darin eine wichtige Ergänzung zum traditionellen medizinischen Ansatz von Risikofaktoren. Die Konzepte aus der Salutogenese (Antonovsky) bzw. dem Selbstmanagement (Grosarth-Maticsek) fördern einen aktiven Umgang des

Patienten mit seiner Erkrankung und ermöglichen im besten Fall eine positive Bewältigungsstrategie und damit ein erheblich besseres Reha-Ergebnis (Petzold 2010).

**Ziele einer Rehabilitation** sind also bestmögliche Aktivitäten und Teilhabe in Familie, Beruf, sozialen Gruppen und Sport. Das wird mit folgenden Begriffen ausgedrückt, die Steigerungen des Anforderungsprofils, z. B. bei Sportlern, beinhalten: Return to activities → return to work → return to sports → return to competition.

Die (soziale und berufliche) Teilhabeorientierung ist besonders wichtig. Die medizinische Rehabilitation wird dabei mit Inhalten der Berufstätigkeit verknüpft (Löffler 2012), der Begriff MBO steht für Medizinisch-Berufliche Orientierung (s. 12.3.4). Im Verlauf und am Ende der Rehabilitation muss daher der funktionelle Status der Rehabilitanden in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung evaluiert werden (Seidel et al. 2015):

- Kann der Rehabilitand seine zuletzt ausgeführte Tätigkeit wieder aufnehmen?
- In welchem Umfang? Mit welchen Einschränkungen?
- Sind weitere Behandlungen, Hilfsmittel, Leistungen zur Teilhabe (LTA) indiziert?
- Ist die letzte Tätigkeit nicht mehr ausführbar und eine berufliche Qualifizierung oder Umorientierung notwendig?

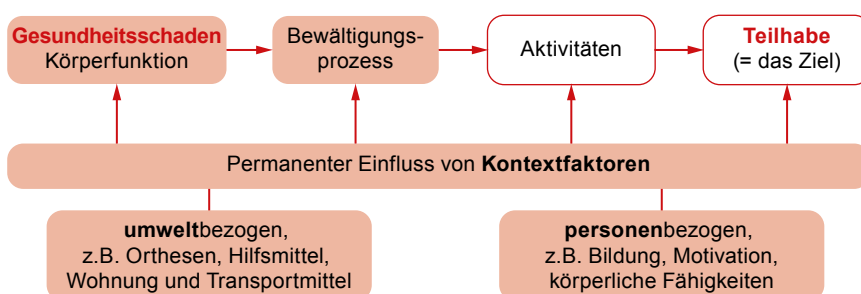


Abb. 12.5 Bewältigungsprozess und Teilhabe als Ziele des Rehabilitationsprozesses (ICF-Modell, modifiziert nach Liefing 2010).

Für eine exakte Beurteilung und Begutachtung sind funktionelle Leistungsparameter (Thomann et al. 2020) entscheidend. Diese kommen vor allem aus der Ergotherapie (z. B. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit/EFL-Test nach Isernhagen, Frank et al. 2003) und aus der Sporttherapie.

### 12.3.3 Befundorientierte funktionelle Therapie (function-based reha)

Die gründliche Anamnese, Diagnostik des Patienten und Differenzialdiagnose sind unabdingbare Voraussetzungen einer gezielten Rehabilitation. Erst danach können wir eine funktionelle Aktualitätsdiagnose stellen und mit dem Rehabilitanden die Behandlungsmöglichkeiten besprechen und einleiten.

Funktionelle Kriterien in allen Reha-Phasen sind (nach Imhof 2010):

- Lokalbefund: Entzündungszeichen, Narbenverhältnisse, Schwellungen
- Funktion: Verlauf von Gelenkbeweglichkeit und Kraft
- Schmerzverhalten
- Lokale Stabilisatoren und allgemeine Rumpfstabilität
- Koordination
- Allgemeine Fitness
- Erreichen der persönlichen Reha-Ziele des Rehabilitanden.

Nach diesen Kriterien – und bei Patienten nach einer Operation nach den Vorgaben des Operateurs – wird der Ablauf der Rehabilitation geplant. Dieser umfasst die Auswahl, den Zeitpunkt sowie Dosierung und Steigerung der einzelnen Therapiemaßnahmen. In regelmäßigen Visiten und Team-Besprechungen wird der Behandlungsverlauf reevaluiert und bei Bedarf die Therapie angepasst.

**!** Wenn die medizinischen und persönlichen Reha-Ziele nicht erreicht werden können, muss nach Alternativen gesucht werden. Dies können eine Verlängerung, eine intensive ambulante Nachbehandlung, eine Wiederaufnahme im Intervall sein, aber auch eine notwendige diagnostische Klärung oder sogar eine OP.

### 12.3.4 Zeitfaktor und Stadium – Reha-Phasen-Modell (time-based reha)

Rehabilitation gliedert sich nach der Akutbehandlung und Frührehabilitation (Phase B) in mehrere Reha-Phasen. Diese Phasen reichen von der postakuten Rehabilitation (Phase C) über die Anschlussrehabilitation, eine weiterführende Rehabilitation mit Arbeitselementen (MBOR, ABMR) bis zur Reha-Nachsorge und Langzeitbehandlung (Abb. 12.6). Dabei steht die Verbesserung von Funktionen und Aktivitäten im Mittelpunkt bis zur vollständigen Wiedereingliederung in Alltag, Familie und Beruf (ICF-Modell).

Ausgehend von den physiologischen Heilungszeiten (s. Kap. 4) arbeitet die Rehabilitation über einen längeren Zeitraum und in verschiedenen Phasen: Die Frührehabilitation wird bei neurologischen, traumatologischen und komplexen muskuloskelettalen Erkrankungen eingesetzt. Anschlussheilbehandlungen (AHB) erfolgen vorwiegend nach Operationen und Krankenhausbehandlungen. Die klassische medizinische Rehabilitation wird hingegen bei chronischen orthopädischen Indikationen eingeleitet. Eine Rehabilitation mit medizinisch-beruflicher Orientierung, die sogenannte MBO-Reha, kommt bei besonderen beruflichen Problemlagen zur Anwendung (Löffler 2012). Im sogenannten *Jobmatch* wird der medizinische Befund frühzeitig mit den speziellen beruflichen Anforderungen abgeglichen und behandelt (Seidel 2015). Zur Befundstabilisierung wird bei Bedarf eine Nachsorge eingeleitet.

**!** Im Fachgebiet Neurologie ist die Phase-C-Rehabilitation seit über 10 Jahren fest etabliert. Im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie dagegen fehlt dieses Reha-Angebot bisher.

Der Arbeitskreis Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie/Unfallchirurgie (DGOU) arbeitet seit 2015 an diesem Projekt. Dieser Arbeitskreis hat in einer Datenerhebung zur Versorgungssituation schwerverletzter Unfallpatienten eine wesentliche Versorgungslücke (Reha-Loch) zwischen der Phase B und D nachgewiesen. Dies betrifft insbesondere schwerverletzte Patienten mit Polytrauma, Patienten, die aufwendige Pflege benötigen, mit Wundmanagement und mit einem relevanten Schmerzanteil. Diese Patienten sind ge-