

Was kann das schweizerische Gesundheitswesen von der Paraplegiologie lernen?

Wer in der Schweiz eine Querschnittslähmung erleidet, kann mit einer grossen gesellschaftlichen Unterstützung, aber auch mit einer kompetenten und meist höchst erfolgreichen Rehabilitation rechnen. Warum? Der folgende Beitrag liefert sechs mögliche Erklärungen.

Hans Peter Gmünder¹

Die Rehabilitation von Querschnittgelähmten weist international und vor allem in der Schweiz sehr gute Resultate auf [1]. Die Gründe liegen nicht zuletzt in der Besonderheit der Erkrankung; in den meisten Fällen führt ein Unfall zu einer mehr oder weniger schweren Körperverletzung, die sehr schwere und rasch abschätzbare Folgen nach sich zieht und für die Betroffenen einen sehr schweren Schicksalsschlag bedeutet. In der Schweiz hat die Schweizer Paraplegiker-Stiftung einen erheblichen Beitrag dazu geleistet, dass den betroffenen Menschen von der Gesellschaft eine besondere Aufmerksamkeit und Anteilnahme ge-

schenkt wird, verbunden mit der Bereitschaft, diese Arbeit auch finanziell zu unterstützen.

Warum ist die Rehabilitation von Querschnittgelähmten in der Schweiz erfolgreich?

1. These: Enge Verknüpfung von Akutbehandlung und Rehabilitation
Nahezu jeder Patient mit einer unfallbedingten Querschnittslähmung wird aufgrund der schweren Schädigung seiner funktionellen Integrität und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe [2] unmittelbar nach der Akutbehandlung in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik weiterbehandelt. Die Verlegungen in die Rehabilitationskliniken erfolgen teilweise noch während der Akutphase, teilweise wird die Akutversorgung einschliesslich Operation auch in den gleichen Kliniken durchgeführt wie die Rehabilitation [3]. So entsteht keine Unterbrechung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, wie dies bei anderen Verletzungen der Fall sein kann (wodurch Behandlungserfolge unter Umständen erheblich erschwert werden).

2. These: Enge Verknüpfung von Rehabilitation und lebenslanger Betreuung

In der Schweiz werden Querschnittgelähmte zu einem grossen Teil durch die Fachspezialisten der Rehabilitationskliniken ambulant lebenslang weiterbetreut. Dies geschieht im Rahmen von Jahreskontrollen mit der Fokussierung auf paraplegiespezifische Probleme einschliesslich neurourologischer Untersuchungen sowie auch im Rahmen von Kon-



Hans Peter Gmünder

trollen bei verschiedenen medizinischen Problemen und Komplikationen. Diese Betreuung ist nur durch den Einsatz verschiedener Fachspezialisten aus dem interdisziplinären Behandlungsteam möglich und schliesst im Sinne einer umfassenden Weiterbetreuung auch Fachdisziplinen wie Sozialberatung, Berufsberatung und ambulante Pflege bis hin zum Rechtsdienst mit ein. Auf diese Weise können Probleme lebenslang und – wie bereits in der Akutphase – zielgerichtet und mehrdimensional angegangen werden, wobei die Fallkoordination in der Regel bei einem paraplegiologisch erfahrenen Arzt liegt [4].

3. These: Standardprobleme, Standardprogramme, klare Ziele

In der Rehabilitationsmedizin ist es mitunter schwierig, klare Behandlungsprogramme im Sinne von Behandlungspfaden zu formulieren, da sich Behandlungsziele und -massnahmen nur teilweise aus medizinischen Diagnosen ableiten lassen [5]. Entscheidend in der Rehabilitation

¹ Dr. med. Hans Peter Gmünder hat in seiner beruflichen Laufbahn die folgenden Stationen durchlaufen: 1985–1991 Neurologie, Innere Medizin und Intensivmedizin in Berlin; 1991–1994 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Oberarzt Intensivpflegestation; 1994–1996 Oberarzt Medizinische Klinik und Rehabilitation Bürgerspital Solothurn; 1996–1998 Ärztlicher Leiter Geriatriische Rehabilitationsklinik Friedrichshafen; 1998–2001 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Stellvertretender Chefarzt. Seit 2001 ist er Chefarzt und Medizinischer Direktor der Rehaklinik Bellikon.

ist die Problemanalyse, unter Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung eines Patienten einschliesslich der Kontextfaktoren [2]. Erst danach kann ein umfassender, auf das Individuum zugeschnittener Rehabilitationsplan festgelegt werden.

Dies gilt grundsätzlich auch für die Rehabilitation von Querschnittgelähmten. Aber hier stösst man dabei auf immer wiederkehrende Probleme, aus denen sich einheitliche Behandlungsprogramme ableiten lassen: Blasen- und Darmrehabilitation, muskuläres Aufbau- und Rollstuhltraining, Selbsthilfetraining, Instruktion zur Dekubitusprophylaxe, Wohnungsabklärung und so weiter. Die einzelnen Abschnitte des Rehabilitationsablaufes sind für die Betroffenen deshalb inhaltlich und zeitlich gut nachvollziehbar [6]. Diese Orientierung ist ein wichtiger Motivator für die Patienten und für das Behandlungsteam. Da bleibende Behinderungen und Beeinträchtigungen sich bezogen auf die Gesamtrehabilitationsdauer relativ früh abzeichnen, sind auch aufwändigere Massnahmen wie Wohnungsanpassungen oder -umbauten bis zum Ende der Rehabilitation oftmals abgeschlossen.

4. These: Akzeptanz der Behinderung

Die strukturelle Schädigung von Wirbelsäule und Rückenmark führt aufgrund der damit verbundenen sensomotorischen und neurovegetativen Ausfälle zu eindeutig erklärbareren Funktionsdefiziten. Diese schwere und für die Patienten nach kurzer Zeit nachvollziehbare definitive Schädigung fordert eine klare Auseinandersetzung mit dem Schicksal. Nur wenn der Patient die Behinderung akzeptiert, ist es möglich, neue Ziele zu formulieren und diese auch zu erreichen, wobei häufig auch einschneidende Veränderungen im sozialen und beruflichen Umfeld resultieren. Bei anderen Behinderungen mit weniger klaren Kausalzusammenhängen zwischen Körperschäden und Beschwerden ist die Hoffnung auf Heilung – und damit einhergehend die Nichtakzeptanz der aktuellen Situation – oft hinderlich, wenn es darum

geht, konkrete Behandlungsziele zu formulieren, die auf ein besseres Leben mit der Behinderung abzielen [7].

5. These: Zielgerichteter internationaler Fachaustausch

In der Paraplegiologie steht das Krankheitsbild der Querschnittlähmung immer im Vordergrund, und zwar während der gesamten Behandlungskette, von der Akutversorgung über die Rehabilitation bis zur lebenslangen Betreuung. Dies ermöglicht einen sehr vertieften und hoch spezialisierten interdisziplinären Fachaustausch, wie er in anderen Gebieten der Rehabilitation nicht immer üblich oder möglich ist. So widmet sich etwa die International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) sehr vielen Bereichen der Rehabilitationsmedizin [8]. Der fachliche Austausch kann dann für einzelne Krankheitsbilder nur wenig in die Tiefe gehen, da vor allem die rehabilitationsmedizinisch relevanten Aspekte beleuchtet werden.

6. These: Finanzierungsquellen

Die zusätzlichen Gelder, die in der Schweiz für Querschnittgelähmte zur Verfügung stehen, haben sicher mit dazu beigetragen, dass wir uns in der Rehabilitation von Querschnittgelähmten im internationalen Vergleich zum Teil positiv abheben können. Die Schweizer Paraplegiker-Stiftung, die wesentliche finanzielle Mittel für Querschnittgelähmte zur Verfügung stellt, ist dank des persönlichen Engagements von Guido A. Zäch («Gründungsvater» der Schweizer Paraplegiker-Stiftung, der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung sowie des Schweizer Paraplegiker-Zentrums Nottwil) sehr erfolgreich. Dass die Bevölkerung die Querschnittlähmung als schweres Schicksal wahrnimmt, fördert, verbunden mit den guten Behandlungs- und Reintegrationserfolgen, die Bereitschaft, für die betroffenen Menschen eine finanzielle Unterstützung zu leisten. Darüber hinaus erleichtert bei der traumatischen Querschnittlähmung die einheitliche Finanzierung im Rahmen des UVG das Fallmanagement.

Schlussfolgerungen

Die erfolgreiche Rehabilitation von Querschnittgelähmten lässt sich zum Teil auf die Besonderheiten des Krankheitsbildes zurückführen. Die Kenntnis dieser für den Behandlungserfolg wichtigen Faktoren kann aber auch in anderen Gebieten der Rehabilitationsmedizin von Nutzen sein, allerdings in unterschiedlichem Ausmass. Es lohnt sich, die Frührehabilitation und die koordinierte Nachbetreuung und damit auch den fachlichen Austausch zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin weiter zu fördern, Behandlungsziele und -programme soweit als möglich zu standardisieren sowie die Akzeptanz von Behinderungen durch die Betroffenen selbst zu unterstützen und daraus neue Ziele abzuleiten. ■

Autor:

Dr. med. Hans Peter Gmünder

Chefarzt und

Medizinischer Direktor

Rehaklinik Bellikon

5454 Bellikon

E-Mail:

hanspeter.gmuender@rehabellikon.ch

Literatur:

1. Cavigelli A, Fischer R, Dietz V: Socio-economic outcome of paraplegia compared to lower limb amputation. *Spinal Cord* 2003; 40: 174-177.
2. World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva, 2001.
3. Zäch GA: Rehabilitation beginnt am Unfallort. Multidisziplinäre Betreuung Querschnittgelähmter in der Akutphase. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1991.
4. Mäder M: Selbstbestimmtes Leben – Überblick über die Geschichte der Rehabilitation. In: Grosse W, Pätzug HP (Hrsg): Selbstbestimmtes Leben. Michel Sandstein Verlagsgesellschaft, Dresden, 1999.
5. Gmünder HP: Patientenpfade in der Rehabilitation – Möglichkeiten und Grenzen. 4. Deutsche Casemix-Konferenz, Frankfurt am Main, 2003.
6. Gerner HJ: Die Querschnittlähmung. Blackwell Wissenschaft, Berlin, 1992.
7. Benterbusch B, Eisenhuth J: Der Psychologische Dienst – Fluch oder Segen. 12. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP), 1999.
8. International Society of Physical and Rehabilitation Medicine ISPRM: Mission and goals. Internet: www.isprm.org